ОБЗОР

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ПОЛИНЕОПЛАЗИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

О.А. Мирзоев, Н.И. Базаров, К.М. Джурабекова
Кафедра онкологии ТГМУ;
Республиканский онкологический научный центр МЗ РТ

В настоящее время одним из приоритетных звеньев клинической онкологии является осуществление организационных и методических мероприятий, направленных на раннее выявление предопухолевых, доброкачественных опухолевых процессов. Вовремя проведённая первичная и вторичная профилактика, а также своевременное лечение локализованного рака репродуктивной системы у женщин и применение своевременного арсенала хирургического, лучевого и других способов лечения – всё это может обеспечить стойкое многолетнее излечение в 90-95% случаев. В связи с чем, мировое сообщество стало по-новому рассматривать проблему репродуктивного здоровья, выдвинуло их в ряд важнейших проблем современности. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) призывает страны мира к 2015 году обеспечить доступность служб репродуктивного здоровья, что будет способствовать проведению медико-социальной профилактики новообразований репродуктивной системы у женщин, к возникновению которой причастны физико-техногенные катаклизмы, в частности, связанные с выбросом радиоактивных элементов, а также нарушения режимов технологии приготовления и приёма пищи и другие химико-биологические факторы.

С ростом общей онкологической заболеваемости возрастает и заболеваемость полинеоплазией, особенно среди женского населения [19]. Доброкачественные опухоли репродуктивной системы (рак молочной железы, тела и шейки матки, яичников) являются наиболее частыми в структуре онкологической заболеваемости женщин, и их суммарная доля превышает 35 %. Кроме того, в большинстве стран отмечено увеличение числа больных с гормонозависимыми опухолями. Особенно актуален этот факт для онкологической первично-множественной патологии с поражением органов женской репродуктивной системы. Определение истинной частоты первично - множественных опухолей в популяции является достаточно трудоёмким. Для этого необходим анализ заболеваемости на данной территории и проверка достоверности первичной множественности на морфологическом уровне для исключения метастатического или рецидивного происхождения опухолей. Создание территориальных канцер - регистров - это единственный ключ к решению данной проблемы.

Достоверная регистрация полинеоплазии может проводиться только в регионах, имеющих свой канцер-регистр. По данным канцер-регистров отмечается прирост риска возникновения первично-множественных опухолей за 3 года на 25,5%. Отмечено также постоянное уменьшение доли синхронных первично-множественных опухолей (с 20,3% в 1992 году до 13,6% в 1996 году) [19].

Первично-множественные опухоли представляют собой один из вариантов развития злокачественных опухолей у онкологических больных. Прогресс в понимании причин и механизмов развития солитарных злокачественных опухолей, их диагностика и лечение всегда лежит в основе эволюции взглядов на проблему полинеоплазий.

Ряд серьёзных научных исследований по изучению первично-множественных опухолей у мужчин и женщин в целом, выполненных на большом клиническом материале, показал неслучайность сочетаний опухолей различных органов и систем между собой. Некоторые учёные предлагают на основе сделанных ими выводов схемы (алгоритмы) научно-обоснованного поиска возможного развития вторых и третьих опухолей у онкологического больного [7, 38, 43].

Вопрос о частоте встречаемости первично - множественных опухолей, вероятности сочета-

ний различных опухолевых локализаций решает большинство авторов в своих работах. Так, по данным Ольшанского В.О., Сергеева С.А., Трофимова Е.Ю., с соавт., при раке щитовидной железы высока вероятность развития рака молочной железы, тела матки и яичников.

Лысенко О.В. с соавт. у 70 % больных наблюдали сочетание рака молочной железы с опухолями женской половой сферы [46]. Романчишен А.Ф., анализируя 381 случай злокачественного первично – множественного поражения щитовидной железы, пришёл к выводу о том, что у 30% женщин вторая опухоль локализована в органах женской репродуктивной системы. В других работах приводятся аналогичные данные о частоте сочетаний опухолей репродуктивной системы с новообразованиями щитовидной железы. Владанов И.П. отмечает высокую частоту встречаемости сочетаний опухолей женской репродуктивной системы с опухолями толстого кишечника. Подобные данные можно встретить и в других работах, посвящённых изучению первично - множественных опухолей с поражением толстой кишки.

На большом клиническом материале (2246 наблюдений, из них 495 первично - множественные опухоли – у женщин) Сельчук В.Ю. показал, что у женщин первое новообразование при первично - множественном раке значительно чаще (и при синхронных, и при метахронных опухолях) локализуется в матке, молочной железе, яичниках, толстой кишке, а второе – также в органах гениталий, молочной железе, желудке, ободочной кишке, щитовидной железе. Таким образом, автор продемонстрировал определённую связь между органами, принадлежащими формально к различным системам, однако “соприкасающимися” в механизмах развития первично-множественных новообразований женской репродуктивной системы.

Высокая частота среди первично - множественных опухолей женской репродуктивной системы поражений молочной железы, матки, яичников описана в большом количестве работ [46]. В ряде научных работ имеются данные о достаточно частом сочетании гормонозависимых опухолей женской репродуктивной системы между собой и плоскоклеточного рака вульвы, шейки матки, влагалища (вирусозависимые первично - множественные опухоли, в этиологии которых преобладают экзогенные факторы), также нередко сочетаются друг с другом. Эти данные соответствуют концепции Бохмана Я. В., об условном делении всех опухолей женской репродуктивной системы на две большие группы: гормонозависимые и вирусозависимые опухоли [11, 47]. В структуре заболеваемости первично - множественных злокачественных опухолей преобладают гормонозависимые опухоли и рак толстой кишки у лиц женского пола с тенденцией к увеличению заболеваемости. В группе метахронных опухолей рак молочной железы, как первичная опухоль, чаще сочетается со злокачественными опухолями яичника, тела и шейки матки; рак шейки матки и толстой кишки - с опухолями молочной железы, тела матки и яичника. В группе синхронных опухолей преобладает рак яичника и ректосигмоидного отдела толстой кишки в сочетании со злокачественными опухолями молочной железы и женских половых органов.

Однако в классификации первично - множественных опухолей, предложенной Бохманом Я.В. и Семиглазовым В.Ф. в 1987 году, наряду с гормонозависимыми, вирусозависимыми, радиоиндуцированными злокачественными первично - множественными опухолями, связанными с курением и потреблением алкоголя, была выделена форма трудно систематизируемых и разнообразных наблюдений (достаточно редких и не имеющих, по мнению авторов классификации, общих патогенетических факторов) [11]. По литературным данным, на долю подобных наблюдений приходится до 20% всех случаев первично - множественных опухолей у женщин [11, 47]. Частота подобных наблюдений нарастает с увеличением количества описываемых в работе случаев первично- множественных опухолей у женщин [11, 47].

В литературе описываются достаточно распространённые сочетания злокачественных новообразований кожи, желудка, почек, мочевого пузыря, гемобластозов, лёгких, прямой кишки, губы, полости рта. Однако в целом редкость подобных вариантов госпитальной статистики, приводимой большинством авторов, не позволяет сделать выводы об истинной частоте сложно систематизируемых наблюдений. Свой отрицательный вклад вносит отсутствие единого подхода к этому вопросу у врачей-онкологов, занимающихся лечением различных опухолевых локализаций, а также отсутствием в большинстве регионов единых канцер-регистров, обеспечивающих строгий учёт

больных.

Заболевания молочных желёз, как злокачественные, так и доброкачественные, занимают лидирующие места по заболеваемости среди женского населения земного шара. Согласно данным статистики, среди злокачественных новообразований рак молочной железы является основной причиной смерти женщин в возрасте от 15 до 54 лет. По данным ВОЗ, ежегодно в мире от рака молочной железы погибают около 5 миллионов человек, а к 2006 году, согласно прогнозу, эта цифра составила 8 миллионов. В связи с этим, очевидна актуальность ранней и скрининговой уточняющей и дифференциальной диагностики заболеваний молочных желёз в целом.

Известно, что злокачественные новообразования встречаются в 3-5 раз чаще на фоне доброкачественных заболеваний молочных желёз и в 31,4% случаев - при выраженных пролиферативных процессах в эпителии молочных желёз [43].

Признано, что физиологические процессы, происходящие в молочных железах, непосредственно зависят от функций яичников. Ряд авторов отмечают тот факт, что частота развития заболеваний молочных желёз возрастает у женщин с гинекологическими заболеваниями до 57% - 97% [13, 37]. Однако следует отметить, что до настоящего времени данной проблеме в литературе уделялось мало внимания. Имеющиеся в доступных нам источниках сведения немногочислены, нередко противоречивы и требуют обобщения. В частности, в недостаточной степени определены факторы риска развития полинеоплазии у гинекологических больных, не разработаны действенные меры профилактики, не обозначены оптимальные сроки профилактического и диспансерного наблюдения, а самое главное - отсутствует стандартный алгоритм ранней диагностики с полинеоплазией органов репродуктивной системы.

В литературе накоплен огромный материал по изучению влияния различных факторов репродуктивного анамнеза на заболеваемость молочной железы.

По данным различных авторов [1, 6], в развитии опухолевых процессов молочной железы имеет значение нарушение менструального цикла. Этот показатель превышает в 7 раз чаще, чем в популяции женщин с неизменённым менструальным циклом. Однако, по оценке других исследователей [12], наиболее тяжёлые формы доброкачественных опухолей молочных желёз наблюдаются при нормальном двухфазном цикле. При недостаточности лютеиновой фазы цикла, по мнению Бурдиной (1996), встречаются умеренно выраженные формы фиброзно - кистозной мастопатии. При ановуляции возрастает число больных с неизменёнными молочными железами, и у них в 6 раз чаще встречается жировая инволюция, а количество гиперпластических изменений снижается в два с половиной раза.

Таким образом, формирование дисгормональных гиперпластических процессов молочных желёз отмечается при широком диапазоне нарушений менструальной функции; от клинически сохранённого цикла до длительной аменореи. При сохранении ритма менструаций у этих больных нарушения цикла колеблются от недостаточности обеих фаз цикла. Общей закономерностью указанных нарушений менструального цикла является развитие их на фоне дефицита прогестерона и относительной, а позже и абсолютной гиперэстрогении [40,44]. Отмечается повышение уровня заболеваемости молочных желёз у женщин, поздно начавших половую жизнь, при отсутствии половой жизни, при снижении сексуальной активности, фригидности, сексуальная неудовлетворённость в конечном итоге приводит к застойным явлениям в высших вегетативных центрах, акцентированному возбуждению в коре головного мозга и развитию невротических реакций. Воздействие эмоционального стресса реализуется через гипоталамо-гипофизарную систему. Происходит увеличение уровней в крови пролактина, соматотропного гормона, гонадотропинов, кортикотропина, эстрогенов. Изменения содержания катехоламинов при стрессе могут приводить к гормональным сдвигам, отражающимся на росте заболеваемости доброкачественных процессов молочных желёз. По-видимому, это косвенно подтверждает мнение авторов [47] о риске развития гиперпластических процессов в молочных железах при отсутствии родов.

В последние десятилетия существенно изменилась генеративная функция женщины. Если в прошлом веке, и даже начале этого, практически весь репродуктивный возраст женщины был связан с родами и вскармливанием ребёнка, то в настоящее время в семье имеется один, в луч-

шем случае двое детей, и то зачастую искусственно вскормленные. В результате этого значительно увеличилось количество менструальных циклов в репродуктивном периоде женщины. Исследования авторов [27] указывают на то, что немаловажную роль в увеличении частоты нарушений репродуктивного здоровья женщины играют социально-бытовые факторы, а именно: снижение фертильной активности, которую обозначают термином «эколого-генеративный диссонанс», возможно это явилось одной из причин роста заболеваний молочных желёз в последнее время. Анализ заболеваемости женщин в регионах разного уровня рождаемости показал, что на территории с низкой рождаемостью наиболее частыми являются гормонозависимые болезни матки и молочной железы [37, 44] .

Отсутствие родов, поздние первые роды (после 35 лет) увеличивают риск развития патологии репродуктивной системы Женщины, родившие двоих детей до 25 лет, имеют втрое меньший риск развития заболеваний репродуктивной системы по сравнению с имеющими только одного ребёнка.

Защитное действие беременности в отношении развития фиброзно-кистозной болезни, по мнению исследователей, связано, с тем, что человеческий хорионический гонадотропин (ХГЧ), образующийся во время беременности, обладает защитным влиянием на ткань молочной железы. Он оказывает прямое ингибирующее действие на эпителий молочной железы, что проявляется подавлением пролиферации клеток в результате активации апоптоза [37]. Ранние роды уменьшают риск доброкачественных заболеваний, а поздние – увеличивают. Установлено, что по мере возрастания количества родов и беременностей, а также при завершении первой беременности родами уменьшается частота болезней молочных желёз.

Различные авторы [37,53], указывают на неблагоприятное действие абортов на состояние молочной железы. По данным авторов огромное отрицательное влияние имеет преждевременное прерывание беременности, которое всегда сопровождается изменениями гормонального фона. У женщин, которым произведено три искусственных аборта и более, риск развития мастопатии в 7,2 раза выше, поскольку молочные железы достигают окончательного развития только к концу беременности. Искусственное прерывание беременности останавливает пролиферативные процессы в молочных железах, гиперплазированная железистая ткань подвергается обратному развитию, частично замещается жировой и соединительной, уменьшаются васкуляризация и гидрофильность тканей [37]. Эти регрессивные изменения происходят неравномерно и не всегда однозначно. Развитие желёз в этот период может принять извращённый характер, либо на каком-то локализованном участке, либо на большом протяжении, что, в свою очередь, может явиться пусковым моментом для формирования диффузных или узловых дегенеративных изменений.

Немаловажное значение имеют сроки прерывания беременности, устойчивость гормонального гомеостаза до беременности, психосоматическое состояние и другие. Так, искусственный аборт в возрасте 20-24 лет увеличивает риск возникновения рака молочной железы в 2 раза. Критическим пунктом влияния всех беременностей является возраст 30 лет. До этого возраста каждая беременность (в известной степени) защищает женщину от возникновения рака молочной железы, тогда как каждая беременность после этого возраста увеличивает риск этого заболевания [37].

При исследовании показателей лактационной функции, установлен повышенный риск возникновения доброкачественных опухолей молочных желёз у женщин с коротким периодом лактации, некормивших грудью и отсутствием лактационной аменореи [19, 21, 36, 13].

На наличие связи между механической травмой молочной железы и с последующим развитием опухоли в данном органе указывают и ряд исследований. У каждой 15-ой женщины с опухолями молочных желёз есть указания на этиологическую роль механической травмы этого органа. В то же время отмечено, что при однократной травме молочной железы, вероятнее всего опухолевые очаги уже существовали, и травма лишь содействовала росту до этого скрытой опухоли.

В течение многих лет в литературе обсуждается вопрос о возможности возникновения диспластических процессов молочной железы и рака молочной железы у женщин, принимающих оральные контрацептивы. Использование гормональных контрацептивов в последние десятиле-

тия стало одним из наиболее распространённых методов предупреждения нежелательной беременности. Широкая и многолетняя практика применения гормональных контрацептивов в мире позволила провести множество исследований по их влиянию на состояние молочных желёз [19, 28, 34, 36, 40]. В настоящее время во всём мире наиболее приемлемыми методами контрацепции являются гормональные и внутриматочные средства [19, 41]. Однозначная информация о наличии связи между риском возникновения диспластических процессов молочной железы, рака молочной железы и оральной контрацепции отсутствует. Большинство исследователей свидетельствуют о положительном эффекте на молочные железы комбинированных оральных контрацептивов с высоким содержанием гестагенного компонента [42]. Показано, что приём монофазных комбинированных оральных концрацептивов в течение года снижает риск возникновения доброкачественных опухолей молочной железы на 50-75%, риск развития рака молочной железы – в два раза [36].

Эпидемиологические исследования в США показали, что применение комбинированных оральных контрацептивов снизило количество операций на молочной железе в четыре раза и предупреждает госпитализацию по поводу мастопатии ежегодно 20 тыс. женщин. При уже имеющейся мастопатии, препараты оказывают лечебное действие, вызывая децидуальный некроз гиперплазированного эпителия [36]. Лечебные эффекты гормональных контрацептивов на молочную железу могут быть связанны с регуляцией менструального цикла, снижением частоты дисфункциональных маточных кровотечений, других нарушений менструальной функции. Однако существуют противоречивые данные о связи доброкачественных заболеваний с приёмом оральных контрацептивов. В единичных работах отмечено, что приём оральных контрацептивов увеличивает риск доброкачественных заболеваний, а в других – не обнаружено статистически достоверного влияния на риск доброкачественных заболеваний при использовании оральных контрацептивов. Имеющиеся в литературе данные в большинстве своём свидетельствуют о снижении частоты доброкачественных заболеваний при использовании гормональных контрацептивов. Предполагают, что новые оральные контрацептивы, содержащие прогестин и гормон эпифиза - мелатонин, восстанавливают утраченный в ходе эволюции механизм эндогенной ановуляции, предупреждают постоянную пролиферацию эпителия молочных желёз и снижают риск развития рака.

Ряд исследований направлен на изучение влияния внутриматочных средств контрацепции (ВМС) на состояние молочных желёз. В 23,5% случаев были отмечены позитивные сдвиги в состоянии молочных желёз у больных с диффузной формой диспластических процессов молочных желёз, использовавших в качестве предохранения от нежелательной беременности ВМС. Хотя, по данным других исследователей, ВМС оказывает отрицательное воздействие на молочные железы, возможно это может быть связано с увеличением частоты воспалительных заболеваний половых органов, которые нередко сопровождаются нарушением гормонопродуцирующей функции яичников и ведут к прогрессированию доброкачественных заболеваний молочной железы. Так, введение ВМС, по данным различных авторов, вызывает возникновение воспалительного процесса в 4-37% случаев, причём до 12,3% женщин продолжают страдать и после удаления контрацептива.

Сейчас ни у кого не вызывает сомнения связь изменений в молочных железах с нейроэндокринной, гинекологической патологией, которая может быть вызвана, как первичной дисфункцией гипоталамо-гипофизарно - яичниковой системы, так и различными заболеваниями и состояниями, сопровождающимися дисгормональными нарушениями.

Обобщая результаты многочисленных исследований, можно сделать вывод, что многие факторы репродуктивного анамнеза женщины имеют достоверную связь с риском развития доброкачественных заболеваний молочных желёз.

Молочная железа, являясь органом-мишенью для гормонов, регулирующих менструальный цикл женщин, подвержена постоянным циклическим изменениям, связанным с менструальной функцией в женском организме [12,19,36]. При изменении цикличности чередования физиологических процессов репродуктивной системы, в тканях молочной железы происходят наруше-

ния в росте и развитии эпителиальной, соединительной и жировой ткани [36].

Постоянная изменчивость морфофункциональных структур молочной железы, а также высокая степень чувствительности к половым стероидам, создают предпосылки к частому возникновению в железе диспластических процессов.

Среди различных органов-мишеней репродуктивной системы, подверженных эстрогензависимым гиперпластическим процессам, молочные железы поражаются наиболее часто, и, как правило, первыми манифестируют об этих расстройствах, что связанно с анатомо-физиологическими особенностями их строения, характеризующимися преобладанием в структуре железистого компонента [21,29,36]. С этой позиции патологические изменения молочных желёз следует рассматривать как маркер формирующихся общих гормональных нарушений в системе регуляции репродуктивных органов, безусловно, требующих корригирующей заместительной гормональной терапии [40, 41].

Физиологические процессы, происходящие в молочной железе, тесно связаны с циклическими изменениями в репродуктивной системе. Это даёт возможность предположить высокую вероятность возникновения патологических изменений в молочной железе при различных гинекологических заболеваниях, которые приводят к нарушениям гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы [12,19].

Корреляция между частотой заболеваний гениталий и патологией молочных желёз была выявлена ещё H.C. Taylor в 1942г.

По данным разных авторов, сочетание заболеваний молочных желёз и гениталий встречается в 76-97,8% случаев [21, 29, 35].

Бурдина Л.М. (1998), изучая состояние молочных желёз у больных, которые страдали воспалительными заболеваниями матки и придатков, обнаружила в 68,1% случаев патологические изменения в молочных железах [13].

Сидорова И.С. с соавт. (1995), обследуя состояние молочных желёз у больных, которые страдали хроническим сальпингоофоритом, обнаружила у 64,9% пациенток патологические изменения в молочных железах, из них: диффузная форма доброкачественных дисплазий молочной железы составляет - 56%, киста молочной железы – 6,7%, фиброаденома -2,2%.

При наличии у больных миомы матки выявляются пролиферативные формы диспластических процессов молочной железы, обусловленные преобладанием железистого компонента и узловыми пролифератами [6,25].

Пиддубный М.И. (1994) исследовал состояние молочных желёз у больных с миомой матки. Патологические изменения в молочных железах выявлены у 82% пациенток. Гиперластические процессы были неоднородны и представлялись в виде диффузной формы доброкачественные дисплазии молочной железы (73%), фиброаденомы (11,6%), кисты (11,2%), рака (4,3%).

Серебренникова К.Г. с соавт. (2000) при изучении состояния органов-мишеней репродуктивной системы у пациенток постменопаузального возраста выявили патологические изменения молочных желёз, в первые пять лет после менопаузы у 31,8% женщин, а при длительности постменопаузы более пяти лет – у 17,2%.

Необходимо выделить также наследственный фактор. Хурасеев Б.Ф. отмечал, что у женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желёз часто встречались кровные родственники с патологией молочных желёз и заболеваниями, тем или иным образом связанными с нарушением эндокринной регуляции репродуктивной функции, склонные к наследованию. Установлено, что генетически передаются как неполноценность ткани молочной железы, как органа – мишени, так и гормональный дисбаланс .

Около 66% женщин, страдающих раком молочной железы, не подозревают о существовании факторов риска.

Подводя итог анализу научной литературы, посвящённой первично- множественным опухолям репродуктивной системы, можно констатировать, что при оценке распространённости частоты первично - множественных опухолей в большинстве работ приводятся данные госпитальной статистики, что затрудняет оценку истинной частоты полинеоплазии репродуктивной системы и

не позволяет, в отличие от канцер-регистров, проследить за развитием процесса у онкологических больных.

Научных работ, посвящённых изучению медико-социальных факторов у больных с доброкчественными полинеоплазиями репродуктивной системы, значительно меньше и данные не систематизированы. Таким образом, актуальность данного научного направления связана с неизученностью частоты заболеваемости, роли факторов риска, особенностей клинического проявления, возможности диагностики различными методами, их последовательность применения, частоты малигнизации, результативности терапии, а также профилактики полинеоплазии женщин, как путь вторичной профилактики рака репродуктивной системы у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1.Адамян Л.В. Состояние репродуктивной системы у больных доброкачественными опухолями гениталий. М.,2000.-С.222-245

2.Анисимов В.Н., Батурин Д.А., Айламазян Э.К.Эпифиз, свет и рак молочной железы//Вопросы онкологии.2002,№4-5.-С.524-535

3.Бахидзе Е.В., Максимов С.Я., Бараш Н.Ю. Первично- множественный рак эндометрия и адьювантная гормонотерапия у больных раком молочной железы//Вопросы онкологии,1998.-Т.44,№2.-С.170-174

4. Баштан В.П., Кравцова А.П., Лымарь Л.А., Литвиненко В.Е., Малиновский В.В., Корнеев О.В., Полинеоплазии у женщин Полтавского региона Украины. Материалы 3-го съезда онкологов и радиологов СНГ, 25-28 мая 2004г., ч.2, с.215

5.Берштейн Л.М. Современная эндокринология гормонозависимых опухолей. // Вопросы онкологии. 2002, №4-5. – С. 496 – 504

6.Берзин С.А., Демидов С.М. Гормонотерапия пролиферативно - диспластических форм фиброаденоматозов с целью профилактики рака молочной железы//Актуальные вопросы маммологии. Материалы 1 Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. М : 2001-С. 199-201

7.Бехтереева С.А. Первично- множественные опухоли влагалища// Вопросы онкологии, 1996.-Т.2, №2. – С. 116 -118

8. Бехтереева С.А., Важенин А.В. Клинические аспекты первично- множественных опухолей тела и шейки матки//Акушерство и гинекология, 1997, №4. – С. 5-57

9. Бехтереева С.А. Первично- множественные опухоли женских половых органов. Роль лучевой терапии в развитии второй опухоли. // Автореф. канд. дисс.,М., 1999

10. Бехтереева С.А., Важенин А.В., Васильева Т.А., Васильченко М.В. Первично-множественные опухоли женских половых органов.// Материалы 5 Всероссийского съезда онкологов. – Ростов – на – Дону, 2000.-Т.2.-С. 444-446

11.Бохман Я.В., Рыбин Е.П. Полинеоплазии органов репродуктивной системы. С-Пб.: ООО «Нева – Люкс», 2001

12.Бубликов И.Д., Куликов Е.К., Вареное Б.М. Гормональный статус у больных мастопатией//Вопросы онкологии. 2000. – Т. – 46, №2. – С. 172-174

13.Бурдина Л.М.Клинико - рентгенологические особенности и группы риска заболеваний молочных желёз у больных с нейроэндокринной генитальной патологией.//Вопросы онкологии.1996.-Т.42,№3.-С.75-79

14. Берзин С.А., Демидов С.М. Гормонотерапия пролиферативно- диспластических форм фиброаденоматозов с целью профилактики рака молочной железы//Актуальные вопросы маммалогии. Материалы первого Всероссийской научно практической конференции с международным участием. М: 2001.-С.199-201

15. Васин В.А., Хазов П.Д., Васин И.В. ДВС-синдром, развившийся после экстирпации матки при первично – множественном метахронном раке// Актуальные вопросы клинической морфологии. – Рязань,2000. – С. 129-131

16.Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 1998

17.Волченко Н.Н. первично – множественный рак молочной железы. // Российский онкологический журнал, 1999, №2.-С.-9-11

18.Волченко Н.Н. первично – множественный рак молочной железы. // Архив патологии, 1999, №4.С.21-25

19.Волков Н.А.Патология лактации и мастопатия.-Новосибирск,1996

20.Ганцев Ш.Х., Мерабишвили В.М., Куликов Е.И., Старинский В.В. и соавт. Распространённость и риск возникновения первично-множественных опухолей по материалам популяционного канцер-регистра/ /Российский онкологический журнал, 1998. -№5.-С. 4-7

21.Габуния М.С.,БратикА.В.,МишиеваО.И. Состояние молочных желёз у больных генитальным эндометриозом и миомой при лечении антагонистами гонадотропином.//Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов.-1999, №3.-С.76-79.

22.Гарькавцева Р.Ф., Казубская Т.П., Любченко Л.Н. Наследственный рак: идентификация, генетическая гетерогенность, медико-генетическое консультирование//Вестник Российской Академии медицинских наук.- 2001,№9.-С.27-32

23.Гречишкина О.Д., Николавцева Л.М. Первично-множественные злокачественные опухоли у гинекологических больных// Актуальные вопросы теоретической и клинической онкологии. Тезисы докладов. – Оренбург, 1996. –С. 60-62

24.Дашков А.В., Златник Е.Ю., Солдаткина Н.В., Анапалян В.Х., Малейко М.Л., Иммунный статус у больных первично-множественным раком молочной железы. - Материалы 4 съезда онкологов и радиологов СНГ 28.09-2006года. Баку.-С.122

25.Демидов В.П., Островцев Л.Д. Первично – множественный рак молочной железы // Российский онкологический журнал, 1998. - №5. –С. 21-26

26.Дильман В.М., МихельсонВ.М. Наследственная предрасположенность к раку у человека//Общая онкология/ Под. редакцией Н.П.Напалкова; Руководства для врачей.- Л., Медицина,1989.-С.87-118

27.Дубовик А.К., Глухих А.П., Копосова Т.Л. Сонография в диагностике и лечение кист молочной железы//Актуальные вопросы маммологии. Материалы научно- практической конференции.-Ижевск,1998.-С.-97-100

28. Ермакова Н.А., Моисеенко В.М., Орлова Р.В. Диагностика и выбор лечебной тактики у больных первичными и метастатическими опухолями яичников // Вопросы онкологии. 2001, Т.47,№1.-С.95-99

29.Егорова А.Г. Социально-экономическое обоснование организации маммологической службы Самарской области. Автореф. канд. дисс.,-Самара,1998

30.Ермошина Н.В., Сергеева Н.С., Ахмедова С.А. Опухолеассоциированный антиген СА-125 в норме и при патологических состояниях//Вопросы онкологии.2000, Т.6,№5.-С. 529-537

31.Жаркин А.Ф., Жаркий Н.А., Егина Л.В. Особенности дисгормональных заболеваний матки и молочных желез.//Вестник Волгоградской медицинской академии.-Волгоград,1997.-С.73-76.

32.Заридзе Д.Г. Эпидемиология и профилактика рака. // Вестник Российской Академии медицинских наук.2001, №9.- С. 6-13

33. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и скрининг рака молочной железы// Вопросы онкологии.2002, №4-5. – С.489-495

34.Злокачественные новообразования в России в 2000 году (заболеваемость и смертность). Под ред. акад. Чиссова В.И., проф., Старинского В.В.- М:, 2002

35.Иванова Т.Н. Нарушения репродуктивного здоровья женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желёз. Автореф. канд. дисс., М.,2001

36.Ильин А.Б.Оптимизация методов диагностики и лечения больных с дисгормональными гиперплазиями молочных желез и миомой матки. Автореф. канд. дисс., М.,1998

37.Ильин А.Б., Бескровный С.В. Молочная железа - орган репродуктивной системы женщины//Журнал акушерства и женских болезней.2000,-№2,-С.51-53

38.Керимов Р.А. первично – множественный рак молочной железы (клиника, диагностика, лечение, прогноз) // Автореф. докт. дисс. – М., 2001

39. Кишкун Г.И., Назаренко А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований.- М., Медицина, 2000

40. Кира Е.Ф., Роман Л.Д., Кайдун С.П., Скрябин О.Н. Новые медицинские технологии в лечение больных дисгормональными гиперплазиями молочных желез//Материалы научно- практической конференции и сборов акушеров- гинекологов Московского гарнизона «Малоинвазивная хирургия в гинекологии».-М:,1998. С.37-40

41.Кира Е.Ф., Бескровный С.В., Ильин А.Б. Влияние препаратов гестагенового ряда на морфофункциональное состояние молочных желёз//Журнал акушерства и женских болезней.2000,№2-С.75-82

42.Кира Е.Ф., Скрябин О.Н., Цвелев Ю.В. О повышении эффективности диагностики, лечения и профилактики, дисфункциональных заблеваний молочных желёз//Журнал акушерства и женских болезней.2000.-№1.-С95-100

43.Кирилов В.С., Даниленко Э.Н., Литвинов В.В.Клиника – морфологическая характеристика узловой формы фиброзно-кистозной формы мастопатии//Маммология.1995.№2.-С.20-25

44.Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология.-М.2001.-С.125-160
45.Лазарева Д.Г., Лазарева А.Ф., Зарубина Н.Ф.Особенности выявления и морфологии двойных первично-множественных опухолей с поражением молочной железы в Алтайском крае (2003-2005гг.) Материалы 4 съезда онкологов и радиологов СНГ, 28.09.2006г. Баку,№59, С-19
46.Лысенко О.В., Заварзина О.О., Балаева Г.В. первично-множественные злокачественные опухоли женской половой сферы. // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Тезисы. – Благовещенск, 1995,- С. 66-69
47.Максимов С.Я. Минимальный рак эндометрия.// Автореф. докт. дисс.,– М., 1999
48.Шойхет Я.Н., Козлов В.А., Коненков В.И., Киселёв В.И., Сенников С.В., Колядо И.Б., Алгазин А.И., Зайцев Е.В. Иммунная система населения, подвергшегося радиационному воздействию на следе ядерного взрыва. – Барнаул, 2000.С-179
49.Barron A., Bermejo L., Castro I. Estrogen receptors and she mammary gland//Rev.invest.Clin.-1997.-Vol.49-№6.-P/515-528
50.Brugnara S., Aldovini D. et al. Are p 27, p21 and p53 prognostic factors in ovarian carcinoma patients? // Eur. J.of Cancer. 2001. Vol. 37 (6). - №10. – P. 323
51.Beckmann M.W., Hanstein B. Bender und and.Wirkmechahismen ovarieller Steroidhormone und Antiestrogene Karsinogeneze der Mamma und des Endometriums. bersicht. Geburst sh.Frauenheilk.2000.-C.60:71-76
52. Lakhani S.R., Van de Vijver M.J. et al. The pathology of familial cancer: predictive value of immunohistochemikal markers estrogen receptor, progesterone receptor, HER-2, and p53 in patients with mutations in BRCA1 and BRCA2. //J. Clinical Oncology. -2002. Vol. 20. (9). - P.2310-2318
53. Lauritzen C. Endokrinologie der Prd und Postmenopause: Gynegologie Endokrinologie, Frauenheilkunde und Geburstshilfe, Bd.1, S. 217. Urban undSchwarzenberg, Munchen, 1997
54.Weiderpass T., Person I.R. Онкологические заболевания в менопаузе: причины и способы предотвращения. // Вопросы онкологии. 2001, Т.47, №2. -С. 139-147

ХУЛОСА
Тамоюлҳои муосири инкишофи полинеоплазияи системаи репродуктивии занон

О.А. Мирзоев, Н.И. Бозоров, К.М. Ҷӯрабекова

Дар шарҳи адабиёти додашуда тамоюлҳои муосири инкишофи полинеоплазияи системаи репродуктивии занон, басомади гирифторӣ ба беморӣ, тасниф, усулҳои ташхис, табобат ва пешгирӣ мавриди таҳлил қарор дода шудааст ва инчунин набудани алгоритми стандартӣ, ташхиси саривақтӣ, табобат ва пешгирии полинеоплазияи репродуктивии занон муайян карда шудааст.

SUMMARY
CONTEMPORARY TENDENCY OF THE INITIATION OF POLY-NEOPLASY OF REPRODUCTIVE SYSTEM IN WOMEN

O.A. Mirzoev, N.I. Bazarov, K.M. Jurabekova

In the review contemporary tendency of initiation of poly-neoplasy of reproductive system in women, frequency of morbidity, classification, diagnostics-methods, prophylaxis and treatment were analyzed, and the absence of standards of algorithm, well-timed diagnostics and treatment, prophylactic measures was observed.

ХИРУРГИЯ

ДЕФЕКТЫ УШНОЙ РАКОВИНЫ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, З.Ф. Нуралиев, И.З. Саидов
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии;
кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ

Введение. Ушная раковина играет большую эстетическую роль в формировании внешнего облика человека. Пациенты с травматическими и посттравматическими дефектами ушных раковин сталкиваются с выраженными эстетическими проблемами, что негативно влияет на их психологический статус [4,9].

Восстановление ушной раковины при травматических дефектах считается трудной проблемой ввиду сложнорельефного строения тонкой хрящевой основы и покрывающей её кожи [1,2,5,7,8,]. Наряду с этим, форма, величина и расположение дефектов ушной раковины чрезвычайно разнообразны, в связи с чем универсальных способов их устранения быть не может. Кроме того, в большинстве случаев посттравматические дефекты ушной раковины сопровождаются рубцовым изменением покровных тканей периаурикулярной области, что резко ограничивает возможности применения местных тканей для её реконструкции.

Наиболее значимым и весомым вкладом в реконструктивную хирургию ушной раковины, положившим начало современным возможностям восстановительной хирургии, являются общеизвестные работы R.Tanzer (1959), J.Converse (1958), Г.В. Кручинского (1977-1980), B.Brent (1976) и S.Nagata (1995) [1,2,11,13].

Благодаря этим работам чётко определились основные этапы, последовательность и техника формирования ушной раковины, а также почти единодушное мнение о том, что главным источником опорного материала для создания её основы является рёберный хрящ [1,2].

Несмотря на достигнутые успехи в реконструктивной хирургии ушной раковины при изучении литературы, нами выявлен ряд нерешённых проблем. В частности при реконструкции ушной раковины существующими способами больные подвергаются нескольким оперативным вмешательствам. Множество вмешательств на ушной раковине вызывает чрезмерное рубцевание тканей и деформацию сформированной раковины. Высокая частота развития осложнений увеличивает риск неудачных исходов. И, наконец, отдалённые эстетические результаты остаются неудовлетворительными для хирургов и пациентов. Всё вышеизложенное побудило нас предпринять настоящее исследование.

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения и определения объёма оперативного вмешательства при различных вариантах травматических и посттравматических дефектах ушной раковины.

Материал и методы. Нами в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии с 1996 года прооперировано 55 больных с дефектами ушных раковин травматического происхождения. Возраст больных варьировал от 4 до 50 лет. Преобладающее большинство (45 случаев – 81,8%) составили лица мужского пола. Повреждения правой ушной раковины отмечалось в 29 случаях, левой – в 24 случаях и обеих ушных раковин – в 2 случаях. Больные травму получали при различных обстоятельствах, которые приведены в таблице 1.

Как следует из таблицы 1, в большинстве случаях травмы ушной раковины получены в результате укуса человека во время драки и укуса животных.

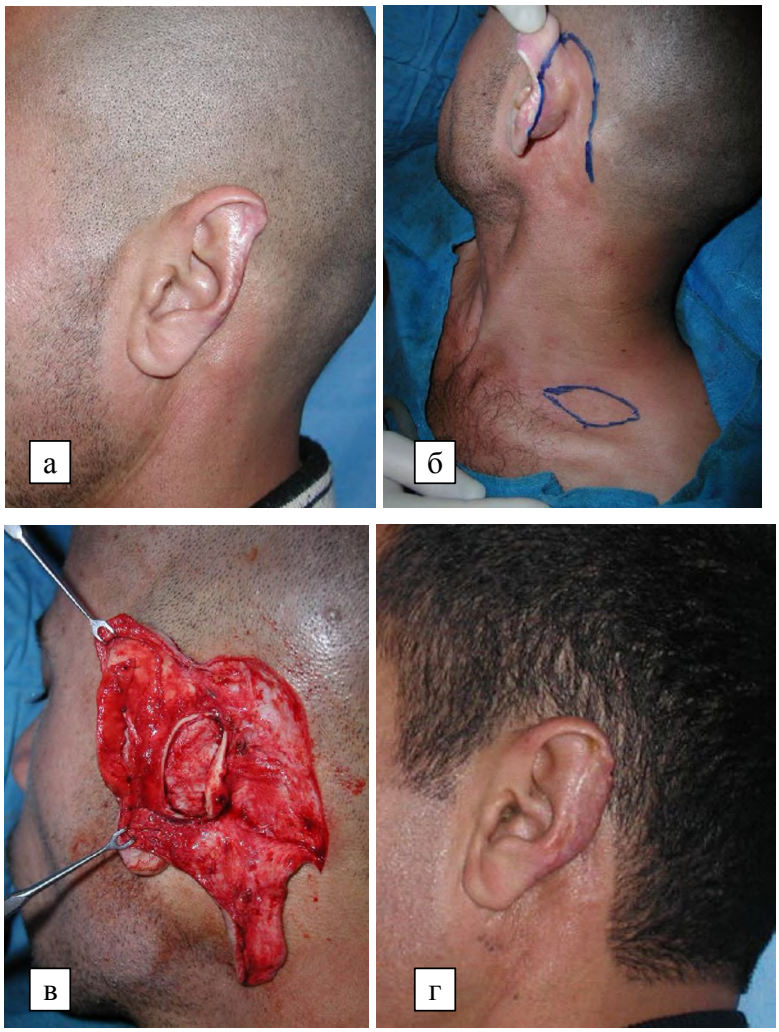

Рис.1. Устранение сегментарного дефекта средней части ушной раковины. а – сегментарный дефект ушной раковины; б – разметка кожно-жирового лоскута из задней поверхности ушной раковины и позадиушной области, а также полнослойного кожного трансплантата из надключичной области для укрытия донорской зоны; в – создание недостающей части хряща аутотрансплантатом из основания одноименной ушной раковины; г – форма ушной раковины в отдалённом периоде.

В экстренном порядке поступило 20 больных (36,4%) при сроках от 30 минут до 1,5 суток от момента получения травмы. В 35 случаях (63,6%) больные обратились с последствиями травм ушной раковины (при сроках от 3 месяцев до 5 лет после получения травмы).

Больные, поступившие в плановом порядке, в зависимости от величины дефекта нами разделены на 2 группы. Первую группу составили 24 больных с сегментарными дефектами ушных раковин. Во вторую группу были включены 15 больных с посттравматическим тотальным отсутствием (4) и субтотальным дефектом (11) ушных раковин.

У 7 больных из первой группы отмечался дефект мочки уха. В этих случаях дефекты удалось ликвидировать путём использования остатков тканей самой мочки ушной раковины.

В 14 случаях имели место сегментарные дефекты верхнего полюса (5), середины завитка (7) и нижней половины завитка ушной раковины (2). У этих больных тактика хирургического лечения заключалась в использовании аутохряща из основания одноимённой (9) или

Таблица 1

Причины повреждения ушной раковины

№	Причина травмы	Число	%
1	Дорожно-транспортное происшествие	6	10,9
2	Вращающими частями работающего станка	5	9,1
3	Укусы животных	7	12,7
4	Укус человека во время драки	13	23,6
5	Ожоги	5	9,1
6	Отсечение ножом во время драки	5	9,1
7	Разрыв мочки серьгами	6	10,9
8	В результате удаления келлоида	4	7,3
9	Рваная рана обломками оконного стекла	4	7,3
	Всего	55	100

контралатеральной (5) ушной раковины и применении перемещённого кожно-жирового лоскута из позадиушной области с укрытием донорского дефекта полнослойным кожным трансплантатом из надключичной области (рис.1).

Больные с тотальным посттравматическим отсутствием и субтотальным дефектом ушной раковины составили самую сложную группу. В начале внедрения реконструкции ушной раковины шестерым больным (40%) мы создали ушную раковину в два этапа, как это принято в большинстве клиниках, занимающихся этой проблемой [10-12]. Первоначально создавали хрящевой каркас из рёберной дуги и помещали его под кожу области реконструируемой ушной раковины. На втором этапе через 3-6 месяцев поднимали весь комплекс сформированной ушной раковины, и дефект покровных тканей укрывали кожным аутотрансплантатом. В дальнейшем при необходимости выполняли корригирующие вмешательства для улучшения формы вновь созданной ушной раковины. Ввиду плохого кровоснабжения мягких покровов, имплантированные аутохрящевые конструкции, со временем частично рассасывались и деформировались. С другой стороны, многочисленные вмешательства на тканях этой области вызывали чрезмерное их рубцевание и ещё большую деформацию восстановленной ушной раковины. Как многоэтапность хирургического лечения, так и далёкие от совершенства формы созданной ушной раковины не удовлетворяли нас, и, тем более, пациентов.

В одном случае, при тотальном отсутствии ушной раковины нами применён способ префабрикации. В первом этапе сформирован каркас ушной раковины из хряща рёберной дуги. По передней поверхности предплечья выкроен фасциальный лоскут предплечья на лучевой сосудистой ножке. Созданный хрящевой каркас был окутан кровоснабжаемым фасциальным лоскутом, и поверхность фасции укрывалась полнослойным кожным трансплантатом. Таким образом, был создан префабрикат ушной раковины на питающей сосудистой ножке. Через 2 месяца производили свободную микрохирургическую пересадку префабриката ушной раковины в позицию отсутствующей ушной раковины с анастомозированием его сосудов с лицевой артерией и веной. Учитывая недостаточно удовлетворительные отдалённые эстетические результаты, в последующем данный способ нами не применялся.

Поиск новых способов реконструкции ушной раковины при посттравматических тотальных и субтотальных её дефектах навёл нас на мысль об одноэтапной реконструкции с использованием височной фасции. Таким образом, нами разработан одноэтапный способ реконструкции ушной раковины с применением височной фасции на сосудистой ножке, хрящевого каркаса из рёберной дуги и полнослойного кожного трансплантата из надключичной области (удостоверение на рац.предложение № 2057-Р-88, выданное ТГМУ от 24.03.2003г.).

Операция начинается с выкраивания лоскута из височной фасции на сосудистой ножке (височная артерия с сопровождающими венами) площадью в 2,5 раза больше площади здо-

ровой контралатеральной ушной раковины. Донорская рана ушивается первично. В проекции рёберной дуги косопоперечным разрезом берётся хрящевой трансплантат из VI-VII рёбер, необходимого размера. Путём моделирования трансплантата формируется единый хрящевой каркас недостающей части ушной раковины (завиток, противозавиток с его ножками, противокозелок). Следует отметить, что все части хрящевого каркаса соединены между собой. Далее обнажаются остатки хрящевого каркаса культи ушной раковины. Сформированный хрящевой каркас ушивается к культе рассасывающим шовным материалом. Верх ушитого каркаса окутывается выкроенным фасциальным лоскутом и фиксируется узловыми швами.

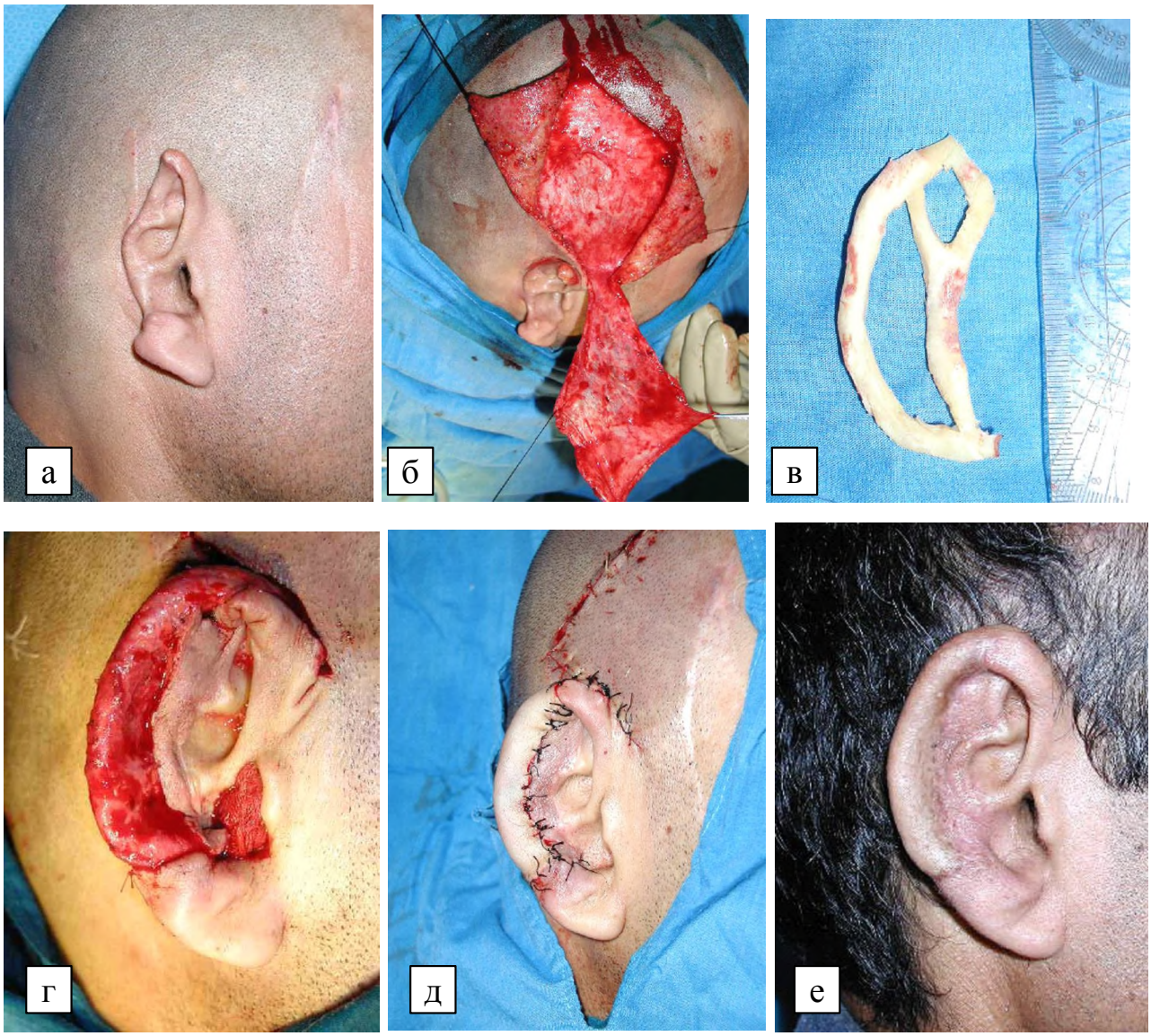

Рис. 2. Одноэтапный способ реконструкции ушной раковины с применением височной фасции на сосудистой ножке, хрящевого каркаса из рёберной дуги и полнослойного кожного трансплантата. а – субтотальный дефект ушной раковины; б – поднятый лоскут височной фасции на сосудистой ножке; в – моделированный единый хрящевой каркас из рёберной дуги; г – хрящевой аутотрансплантат подшит к культе хряща ушной раковины и укрыт кровоснабжаемой височной фасцией; д – укрытие сформированной части ушной раковины полнослойным кожным трансплантатом; е – отдалённый результат через 3 года

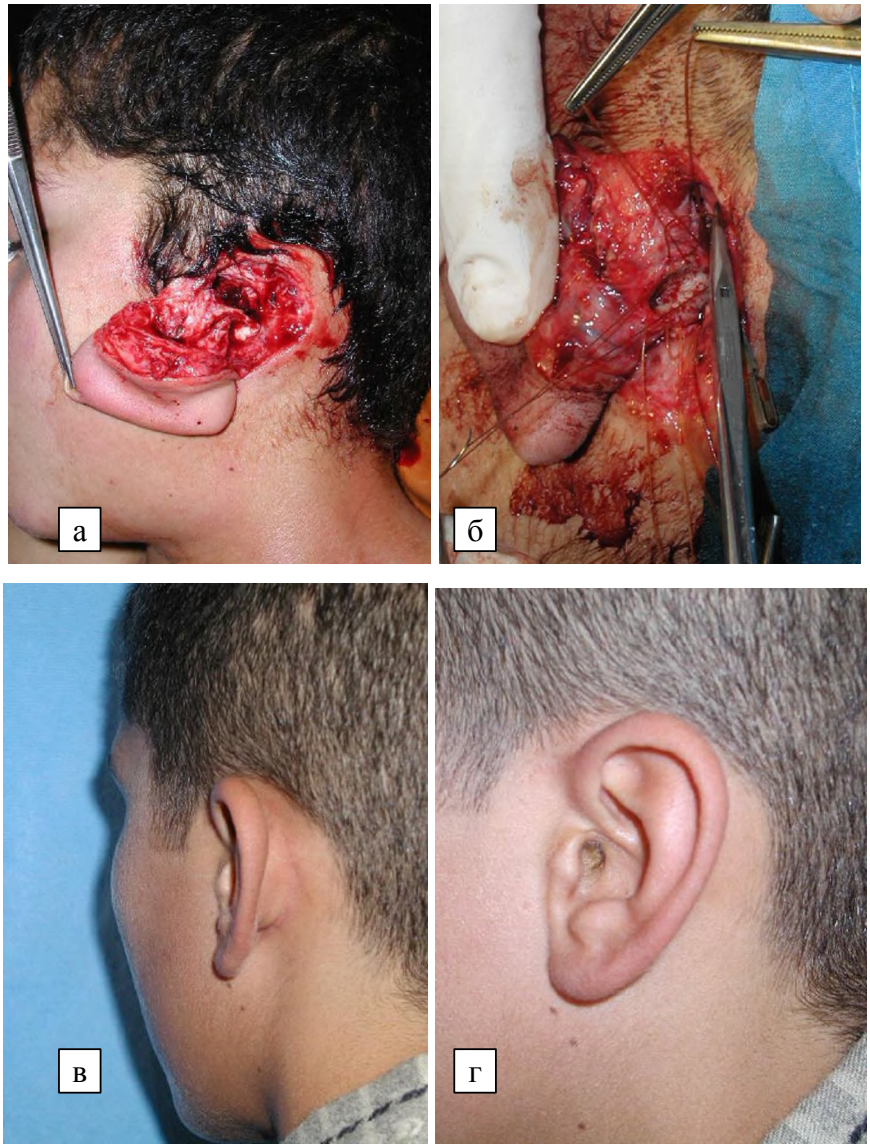

Рис. 3. Восстановление ушной раковины при неполной травматической ампутации. а - неполная травматическая ампутация ушной раковины с субкомпенсацией кровообращения; б – этап восстановления ушной раковины; в и г – вид ушной раковины в отдалённом послеоперационном периоде

Из надключичной области берётся полнослойный кожный трансплантат, которым укрывается вся поверхность фасциального лоскута и ушивается кожными швами. Донорские раны ушиваются первично. Повязки накладываются с учётом контурирования выступающих частей ушной раковины. Данным способом прооперировано нами 9 (60%) больных (рис.2).

Пациенты, поступившие в экстренном порядке, в зависимости от характера травмы ушной раковины разделены на 2 группы. В первую группу включили 11 больных (55%) с рваными ранами и неполной травматической ампутацией ушной раковины с компенсированным или субкомпенсированным (3) кровообращением оторванного сегмента. Вторую группу составили 9 больных (45%) с полной травматической ампутацией сегмента ушной раковины.

Хирургическая тактика в первой группе зависела в основном от общего состояния боль-

ных и заключалась в произведении первичной хирургической обработки раны, отдельное ушивание хряща ушной раковины атравматическим рассасывающим шовным материалом и восстановлении целостности кожных покровов по обеим сторонам ушной раковины. В 3 случаях с неполной травматической ампутацией ушной раковины и субкомпенсацией кровообращения производили венозную реваскуляризацию оторванного сегмента. Чаще всего (8 случаев), операцию в этой группе больных производили под местной анестезией в сочетании с нейролептанальгезией. Лишь в 3 случаях операции произведены под общим обезболиванием (рис.3).

Наибольшие сложности возникали у больных с полной травматической ампутацией сегментов ушной раковины. В начале своей деятельности, трём больным хрящ ампутирован-

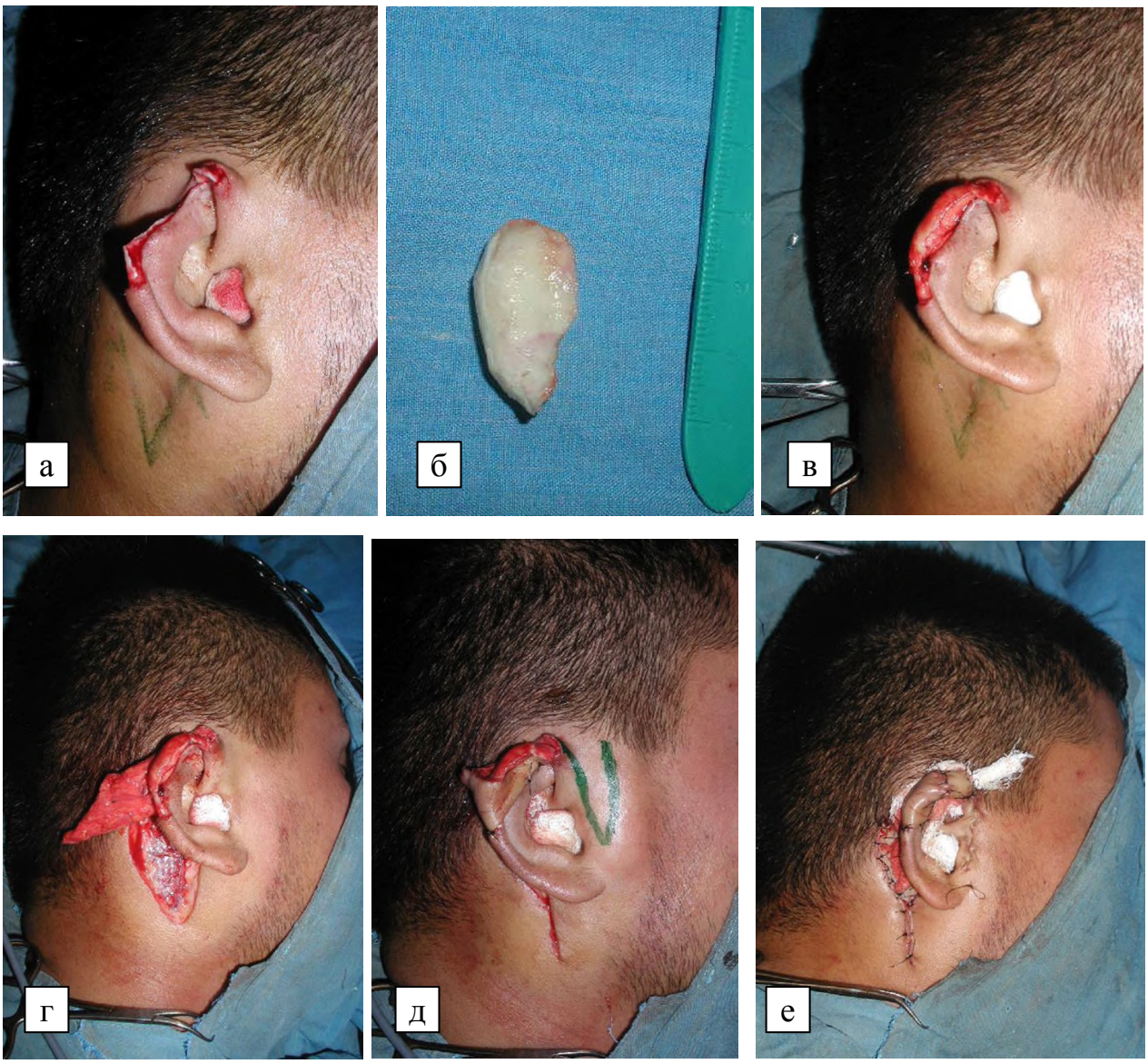

Рис. 4. Восстановление ушной раковины с использованием хряща ампутированного сегмента и местных тканей. а – дефект ушной раковины; б – очищенный от покровных тканей хрящ ампутата; в – ушивание хряща к культе; г и д – выкраивание кожно-жировых лоскутов из местных тканей; е – вид ушной раковины при завершении операции

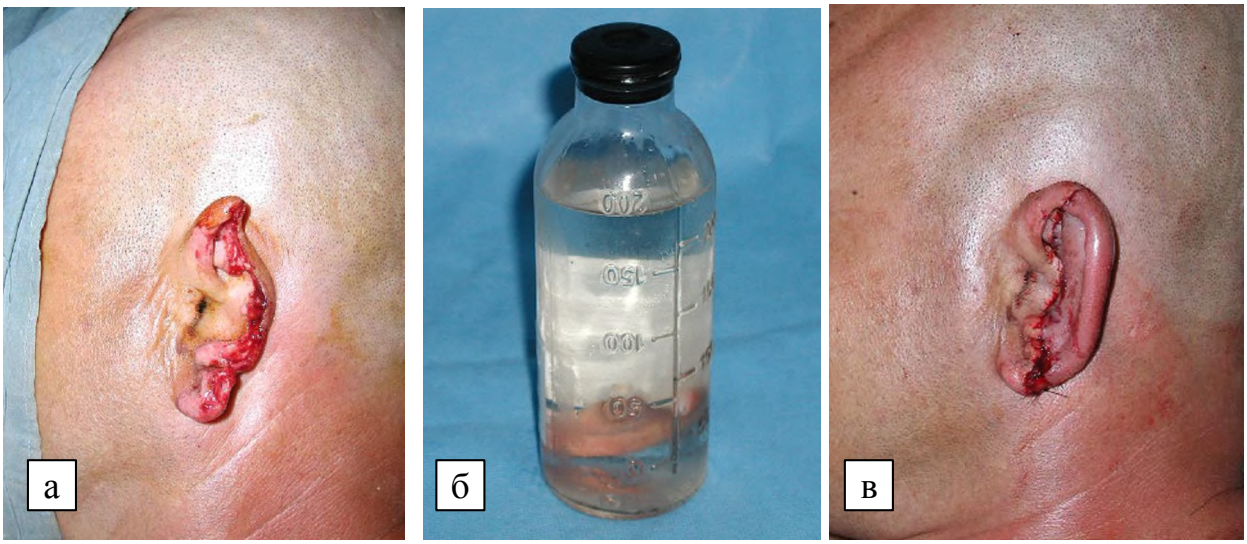

Рис.5. Микрохирургическая реплантация ушной раковины. а – вид ампутированной ушной раковины; б – транспортированный в жидкости ампутат ушной раковины; в – компенсированное кровообращение в реплантированном сегменте после завершения операции

ного сегмента ушной раковины отделяли от мягких тканей и имплантировали в сформированный подкожный карман позадиушной области с целью его использования во время реконструкции в плановом порядке. Ввиду того, что в ближайшем послеоперационном периоде имплантированные хрящи частично рассасывались, деформировались и теряли свои опорные функции, мы отказались от подобной тактики. В одном случае очищенный хрящ ампутированного сегмента имплантировали к культе и укрывали кожно-жировым позадиушным лоскутом, а донорскую рану ликвидировали полнослойным кожным трансплантатом из надключичной области (рис.4).

В другом случае, при тотальной травматической ампутации ушной раковины, произведена микрохирургическая реплантация с восстановлением тыльной артерии ушной раковины и её сопровождающей вены (рис.5).

Ещё в одном случае из-за сильного разрушения ампутированного сегмента ушной раковины формировали ампутационную культю.

В последние годы нами пересмотрена хирургическая тактика при полных травматических ампутациях ушной раковины. Опыт применения лоскута височной фасции для обеспечения кровоснабжения сформированного каркаса из хрящевого аутотрансплантата при одноэтапной плановой реконструкции ушной раковины навёл нас на мысль о применении этого лоскута при реплантации оторванных сегментов ушных раковин в экстренном порядке, что исключает необходимость микрохирургической реплантации. Применение наружного листка фасции на сосудистой ножке позволило нам с успехом реплантировать оторванные сегменты ушной раковины в 3 случаях.

Техника выполнения «нестандартной реплантации» заключается в следующем: хрящ ампутата отделяется от покровных тканей и ушивается к хрящу культи. Z-образным разрезом кожи в височной области одноимённой стороны обнажается височная фасция. Выкраивается фасциальный лоскут на сосудистой ножке необходимой площади. Через подкожный тоннель лоскут перемещается на область повреждённой части ушной раковины и им укрывается хрящ ампутированного сегмента. Донорская рана ушивается кожными швами. Далее кожа ампутата очищается от подкожной клетчатки и в виде полнослойного кожного трансплантата укладывается поверх височной фасции (рис.6).

Рис.6. Реплантация ушной раковины с применением кровоснабжаемого лоскута височной фасции. а – полная травматическая ампутация сегмента ушной раковины; б – хрящ ампутата подшит к культе; в – поднятый лоскут височной фасции на сосудистой ножке; г – отдалённый результат через 6 месяцев

Результаты и их обсуждение. Ближайший послеоперационный период в 50 (90,9%) случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, пересаженные трансплантаты прижились полностью, отёки на 10-15-е сутки значительно уменьшились. Осложнения отмечались у 5 (9,1%) больных, все они носили местный характер и встречались в виде краевого некроза перемещённого лоскута при создании ушной раковины с использованием кожно-жировых тканей из местных тканей (2), частичный некроз и лизис полнослойного кожного трансплантата с последующей эпителизацией (2) и частичное нагноение со вторичным заживление раны на этом участке (1).

Отдалённые результаты в сроках от 6 месяцев до 5 лет изучены нами у 48 (87,3%) оперированных больных. Критериями оценки результатов были субъективное восприятие состояния ушной раковины пациентами, а также объективное состояние сформированной

ушной раковины и сравнительная оценка по антропометрическим параметрам со здоровой контралатеральной ушной раковиной.

Согласно этим критериям состояние ушных раковин в 12 (25%) случаях были отличными, в 16 (33,3%) – хорошими, в 15 (31,3%) – удовлетворительными и в 5 (10,4%) случаях – неудовлетворительными (табл.2).

Как видно из таблицы 2, среди способов реконструкции ушной раковины в плановом порядке наилучшие результаты получены при одноэтапной реконструкции с использованием кровоснабжаемого лоскута височной фасции. Результаты восстановительных операций в

Таблица 2

Отдалённые результаты реконструкции ушной раковины в зависимости от способа операции

Способ операции	Отл.	Хор.	Удов.	Неуд.
Двухэтапный способ с созданием префабрикации (n = 1)			1	
Использование остатков тканей мочки уха (n = 5)	2	2	1	
Использование местных тканей и хряща ушной раковины (n = 13)	2	5	6	
Одноэтапный способ с использованием височной фасции (n = 9)	3	4	2	
Имплантация хряща ампутата под кожу позадиушной области (n = 3)				3
Восстановление ушной раковины с использованием хряща ампутата и местных тканей (n = 1)			1	
Микрохирургическая реплантация ушной раковины (n = 1)			1	
Реплантация ушной раковины с использованием височной фасции (n = 3)	1	2		
Восстановление ушной раковины при неполной травматической ампутации (n = 8)	4	3	1	
Итого	12	16	15	5

экстренном порядке при полной травматической ампутации показали, что лучше всего производить реплантацию с использованием височной фасции. Этот способ позволяет избежать сложную микрохирургическую операцию, и связанные с этим возможные осложнения. Вместе с тем, отдалённые эстетические результаты нестандартных реплантаций почти ни чем не отличаются от результатов удачных традиционных реплантаций.

Выводы. Таким образом, наш опыт показывает, что при тотальном отсутствии и субтотальном дефекте ушной раковины оптимальным способом её создания является одноэтапный способ реконструкции с использованием кровоснабжаемого лоскута височной фасции, аутохряща из рёберной дуги и полнослойного кожного трансплантата. Рёберный хрящевой аутотрансплантат является лучшим материалом в тех случаях, когда необходимо создание прочного каркаса. Для устранения сегментарных дефектов возможно использование хряща из основания одноимённой ушной раковины и кожно-жирового лоскута из позадиушной области. В тех случаях, когда выполнение микрохирургической реплантации невозможно, методом выбора является «нестандартная реплантация» оторванных сегментов ушной раковины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ищенко А.Л. Восстановление ушных раковин при тотальных и субтотальных дефектах различной этиологии//Автореф. канд. дисс.- М., 2003
2. Кручинский Г.В., Неробеев А.И. Устранение дефектов ушной раковины//Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. - М. Медицина, 1997. -С.136-156
3. Brent B., Earlobe reconstruction with an auriculo-mastoid flap//Plastic Reconstr Surg 1976, № 57, p 389-391
4. Destro M.W.B., Speranzini M.B. Total reconstruction of the auricle after traumatic amputation// Plast. Reconstr. Surg.- 1994.- p.859-863
5. Cavadas P.C., Salvage of a failed auricle replant with a temporoparietal fascia and subgaleal fascia flap// European Journal of Plastic Surgery.- 1997. - № 20. – p. 92-94
6. Converse J.M., Reconstruction of the auricle –part 1. Plast Reconstr Surg 1958 № 22 p 150, Reconstruction of thee auricle –part 2. Plast Reconstr Surg № 22 p 230
7. Grundmann T., Die Reconstruktion von Ohrmuschelteildefekten mit autologem Rippenknorpel und kombinierten Lappen-plastiken//HNO.- 2000.- № 48. – p. 129-134
8. Haug M. et al., Ohrmuschelverletzungen-Klassifizierung und Therapiekonzept, Unfallchirurg 2001. № 104. –p. 1068-1075
9. Hyckel P., Robotta C., Schumann D. Partieller Ohrmuschelverlust// Mund Kiefer GesichtsChir.- 1999.- № 3.- s.131-133
10. Kotaro Yoshimura et.all. One-Stage Reconstruction of an Upper Part Defect of the Auricle// Aesthet.Plast.Surg.- 1998.- № 22.- p.352-355
11. Krupp S., Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis. Ecomed, Landsberg, 2007
12. Krupp S., Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis. Ecomed, Landsberg, 1997
13. Nagata S., Total auricular reconstruction with a tree dimensional costal cartilage framework// Ann.Chir.Plas.Esthet. 1995 № 40 p 371
14. Tanzer R.C., Total reconstruction of the external ear//Plast.Reconstr.Surg 1959. № 23 p 1

ХУЛОСА
НУҚСОНИ БАЪДИОСЕБИИ СУФРАИ ГӮШ ВА ИЛОҶИ ҶАРРОҲИИ ОН

У.А. Қурбонов, А.А. Давлатов, З.Ф. Нуралиев, И.З. Саидов

Мақола ба табобати ҷарроҳии нуқсони баъдиосебии суфраи гӯш бахшида шудааст.

Таҳлили ҳамаҷонибаи натиҷаҳои тарзҳои гуногуни барқароркунии суфраи гӯш ҳангоми осебёбӣ ва оқибатҳои он гузаронида шудааст.

Муаллифон тарзи оригиналии барқароркунии суфраи гӯшро дар як марҳила бо истифода аз флепи фатсиалии хунгардишдоштаи темпоралис пешниҳод намудаанд. Усули (техникаи) реплантатсияи ғайристандартии қисматҳои кандашудаи суфраи гӯш муфассал оварда шудааст.

SUMMARY
TRAUMATICAL DEFECTS OF COCHLEA AND SURGICAL TREATMENT

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, Z.F. Nuraliev, I.Z. Saidov

In the article original method of one-stage reconstruction of cochlea with use blood-infused skin-piece of temporal fascia is given, the technique of “non-standard replantation” of removed segments of cochlea is made. Multifold analysis of results under different methods of reconstruction of cochlea with traumas and after-effects was made.

СОЧЕТАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

И.В. Мосин, А.Б. Сангинов, А.А. Горохов, С.В. Шевчуков

Кафедра госпитальной хирургии №1 Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова

Введение. Прогресс и развитие интенсивной терапии и реаниматологии привели к увеличению числа больных с посттравматической патологией трахеи, когда после длительной искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) в реабилитационном периоде развивается рубцовый стеноз (РС). При этом нормальная структура трахеальной стенки замещается грубой рубцовой тканью, суживающей просвет дыхательного пути.

Наиболее частыми этиологическими факторами возникновения РС трахеи являются: повреждение слизистой вследствие давления на неё манжеты интубационной трубки или её излишняя подвижность, нарушение микроциркуляции в результате шока различного генеза, инфекция, дефекты ухода за интубационной трубкой при длительной ИВЛ, а также технические погрешности выполнения трахеостомии [3,4,8,11,14]. Частота возникновения РС трахеи после длительной ИВЛ, по данным различных авторов варьирует от 0,2 до 25% [9,12,14]. Циркулярная резекция трахеи (ЦРТ) с наложением анастомоза «конец в конец» является эффективным видом лечения и позволяет удалить поражённый сегмент и восстановить проходимость воздухопроводящих путей [7,8,14,17]. Но безопасность операции по настоящее время остаётся актуальной проблемой. Послеоперационные осложнения ЦРТ составляют 6,2 – 28%, а послеоперационная летальность по некоторым данным может достигать 10% [4,6,16]. Большая протяжённость РС трахеи ограничивает возможность выполнения успешной одномоментной радикальной операции. При отказе от операции и неэффективности эндоскопического лечения больные обречены на постоянное эндопротезирование или канюленосительство, а в лучшем случае - на длительные по срокам лечения многоэтапные реконструктивно-пластические операции, что значительно ухудшает качество их жизни [1,3,10].

Цель работы - показать возможность одномоментной циркулярной резекции трахеи при различной протяжённости и локализации РС, в том числе - с вовлечением в патологический процесс дистального отдела гортани.

SUMMARY
TRAUMATICAL DEFECTS OF COCHLEA AND SURGICAL TREATMENT

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, Z.F. Nuraliev, I.Z. Saidov

In the article original method of one-stage reconstruction of cochlea with use blood-infused skin-piece of temporal fascia is given, the technique of “non-standard replantation” of removed segments of cochlea is made. Multifold analysis of results under different methods of reconstruction of cochlea with traumas and after-effects was made.

СОЧЕТАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

И.В. Мосин, А.Б. Сангинов, А.А. Горохов, С.В. Шевчуков

Кафедра госпитальной хирургии №1 Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова

Введение. Прогресс и развитие интенсивной терапии и реаниматологии привели к увеличению числа больных с посттравматической патологией трахеи, когда после длительной искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) в реабилитационном периоде развивается рубцовый стеноз (РС). При этом нормальная структура трахеальной стенки замещается грубой рубцовой тканью, суживающей просвет дыхательного пути.

Наиболее частыми этиологическими факторами возникновения РС трахеи являются: повреждение слизистой вследствие давления на неё манжеты интубационной трубки или её излишняя подвижность, нарушение микроциркуляции в результате шока различного генеза, инфекция, дефекты ухода за интубационной трубкой при длительной ИВЛ, а также технические погрешности выполнения трахеостомии [3,4,8,11,14]. Частота возникновения РС трахеи после длительной ИВЛ, по данным различных авторов варьирует от 0,2 до 25% [9,12,14]. Циркулярная резекция трахеи (ЦРТ) с наложением анастомоза «конец в конец» является эффективным видом лечения и позволяет удалить поражённый сегмент и восстановить проходимость воздухопроводящих путей [7,8,14,17]. Но безопасность операции по настоящее время остаётся актуальной проблемой. Послеоперационные осложнения ЦРТ составляют 6,2 – 28%, а послеоперационная летальность по некоторым данным может достигать 10% [4,6,16]. Большая протяжённость РС трахеи ограничивает возможность выполнения успешной одномоментной радикальной операции. При отказе от операции и неэффективности эндоскопического лечения больные обречены на постоянное эндопротезирование или канюленосительство, а в лучшем случае - на длительные по срокам лечения многоэтапные реконструктивно-пластические операции, что значительно ухудшает качество их жизни [1,3,10].

Цель работы - показать возможность одномоментной циркулярной резекции трахеи при различной протяжённости и локализации РС, в том числе - с вовлечением в патологический процесс дистального отдела гортани.

Материал и методы. С 1998 по 2003 годы по поводу РС трахеи, ЦРТ выполнена 32 больным, из них у 15 удалено свыше 5 см трахеального сегмента. Возраст больных варьировал от 14 до 68 лет (20 мужчин и 12 женщин). РС у подавляющего большинства больных развился после длительной интубации. ИВЛ наиболее часто проводилась при черепно-мозговой травме (50%), а её продолжительность составляла от 3 до 50 суток. Симптомы заболевания возникали в сроки от 2 до 60 суток после удаления интубационной или трахеостомической трубки, в виде стридорозного дыхания, инспираторной одышки при незначительной физической нагрузке, участия вспомогательных мышц в акте дыхания. С функционирующей трахеостомой госпитализировано 10 больных, из них у 5 ранее была выполнена ларинготрахеофиссура.

Локализация и протяжённость РС определялась с помощью фибробронхоскопии, томограмм шеи и гортани, компьютерных томограмм и трахеографии. У 11 пациентов РС локализовался в верхней трети трахеи, у 17 – в верхней и средней трети, у 3 – в средней трети и у 1 – в нижней трети. У всех больных сужение трахеи было III степени, диаметр её просвета не превышал 5 мм. Протяжённость РС от 1 до 2,5 см диагностирована у 5 больных, от 2,5 до 5 см – у 12 и свыше 5 см – у 15.

У 19 больных на начальном этапе лечения производилось эндоскопическое расширение просвета трахеи тубусом жёсткого бронхоскопа с последующим введением силиконового линейного или Т–образного стента. Стент устанавливался на 6 – 8 месяцев, в течение которых происходило формирование зрелой рубцовой ткани [1,2,9,11]. У 7 больных перед бужированием выполнялась радикальная лазерная фотодеструкция рубцовой ткани в проекции 4, 8, 12 часов по периметру трахеи. Рецидив РС после удаления стента являлся показанием к операции.

Локализация и протяжённость РС трахеи определяли операционный доступ. При локализации РС в шейном или верхнем внутригрудном отделе трахеи у 17 больных применён поперечный шейный доступ над ярёмной вырезкой, который обеспечивал возможность не только свободно мобилизовать трахею, но, и давал хороший косметический рубец. У 11 больных при локализации РС в верхней и средней трети трахеи поперечный шейный доступ дополнен частичным продольным рассечением рукоятки грудины. При локализации РС в средней трети трахеи применялась полная продольная стернотомия (3 больных) и у одного больного при локализации РС в нижней трети трахеи выполнена заднебоковая торакотомия.

Из 32 выполненных ЦРТ 16 пациентам наложен трахеотрахеальный анастомоз, у 8 – ларинготрахеальный и 8 – произведена ларинготрахеальная резекция.

В комплексе анестезиологического обеспечения ЦРТ, на этапе её пересечения и полной разгерметизации воздухопроводящих путей применяли инжекционную вентиляцию лёгких через катетер с внутренним диаметром 1,0 – 1,4 мм, проведённый через интубационную трубку. При ларинготрахеальных резекциях и вмешательствах на средней трети трахеи использовали нормочастотную струйную вентиляцию, при которой сохранён хороший визуальный контроль за дыхательными экскурсиями грудной стенки. Дистальный конец катетера располагали в нижней трети трахеи, и через катетер подавали сжатый кислород с частотой 16 – 24 цикла в минуту при отношении времени вдох/выдох, равным 1:2. При поражении нижней трети трахеи конец катетера помещали в левом главном бронхе и проводили высокочастотную струйную однолёгочную вентиляцию, обеспечивающую адекватный газообмен при низком альвеолярном давлении. Частота дыхательных циклов равнялась 100 в 1 минуту, отношение времени вдох/выдох – 1:2. Рабочее давление кислорода на вдохе в аппарат “Спирон 601” регулировали в диапазоне 1,8 – 4,0 кгс/см2 в зависимости от податливости грудной стенки, выраженности бронхиальной обструкции и локализации дистального конца катетера по контролем газов артериальной крови. Трахеотрахеальный или ларинготрахеальный анастомозы формировали, не извлекая катетер и не прерывая искусственную вентиляцию.

На этапе предоперационной подготовки больных в процессе эндоскопических вмешательств, требовавших введения в тубус бронхоскопа крупногабаритных манипуляторов, использовали нормочастотную инжекционную вентиляцию [13].

Оценку непосредственных и отдалённых результатов производили в зависимости от жалоб

больного, функции внешнего дыхания, томографической, эндоскопической картины и фонетической функции голосовых связок. Пациенты в отдалённые сроки обследовались амбулаторно или в стационаре.

Результаты и их обсуждение. Непосредственные и отдалённые результаты лечения оценены как хорошие у 31 из 32 больных. Просвет анастомоза практически соответствовал нормальному просвету трахеи, исчезли жалобы на одышку и затруднённое дыхание, нормализовались показатели функции внешнего дыхания. Рубцовое стенозирование анастомоза после операции развилось у одного больного, и оно было устранено с помощью повторных бужирований тубусом жёсткого бронхоскопа. У этого больного ларинготрахеальный анастомоз был наложен при наличии рубцовых изменений в области нижнего края перстневидного хряща, что и послужило, очевидно, причиной послеоперационного стенозирования. У остальных больных производилось полное удаление рубцово изменённых участков трахеи и гортани с наложением анастомоза в пределах здоровых тканей (хрящевых полуколец). Для этого 15 больным потребовалось выполнить обширные ЦРТ протяжённостью 5 см и более.

Успех лечения больных с РС трахеи во многом зависит от правильной лечебной тактики. Ретроспективный анализ историй болезни на всех этапах лечения до поступления в клинику госпитальной хирургии №1 СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, наш опыт эндоскопического и хирургического лечения РС трахеи позволил выработать лечебную тактику ведения больных.

Показанием к ЦРТ служили:

1. Рестеноз после эндопротезирования трахеи линейным или. Т–образным стентом.
2. Трахеомаляция.
3. РС шейного отдела трахеи и дистального отдела гортани.
4. Грубая деформация хрящевых полуколец трахеи в области трахеостомы со сближением боковых стенок.
5. Неэффективность ларинготрахеофиссуры.

Протяжённость РС и разрушения хрящей трахеи подтверждались с помощью компьютерной томографии во фронтальной и сагиттальной реконструкции. Анализ рецидивов РС после эндоскопических методов лечения показал, что вовлечение в процесс дистального отдела гортани (перстневидный хрящ) является показанием к операции, так как его хондромаляция, как правило, не имеет обратного развития.

У 4 больных РС трахеи развился вследствие грубой деформации хрящевых полуколец в области ранее наложенной трахеостомы. У 3 из 4 больных была выполнена высокая трахеостома между 1 и 2 хрящевым полукольцом с их повреждением и выступанием в просвет трахеи, вызвавшими её сужение; у одного пациента была выполнена лоскутная трахеостома типа Бьерка с западением лоскута в просвет после удаления трахеостомической трубки и последующим рубцеванием. На наш взгляд, трахеостому необходимо выполнять между 3 и 4 хрящевыми полукольцами трахеи. При трахеостомии следует укрывать рассечённые хрящи с помощью мышечно-кожных швов. Такая методика позволяет изолировать рану от трахеи и избежать нагноения.

У 5 больных показанием к операции послужили неэффективные многократные реконструктивно-пластические операции с образованием ларингофиссуры, основанные на постепенном формировании просвета трахеи на Т–образном стенте, выполненные в других учреждениях. Из них четверо пациентов были постоянными канюленосителями с заращением шейного отдела трахеи выше трахеостомы. У одной больной после удаления Т–образного стента в течение трёх недель наступило рубцовое сужение трахеи.

При наложении анастомоза применялся викрил на атравматичной колющей игле. Все швы завязывались снаружи.

Если технически формирование межтрахеального анастомоза не вызывает особенных трудностей, то выполнение трахеогортанного анастомоза или трахеогортанной резекции, вследствие анатомического расположения гортани, её иннервации, а также особенности мобилизации представляет сложную проблему в хирургии трахеи [15-18,20]. Трахеогортанная резекция опасна из-за возможного повреждения возвратных нервов с последующим послеоперационным параличом

голосовых связок. По некоторым литературным данным, расстояние рубцовых изменений от голосовых связок менее 1,5 – 2 см является противопоказанием к подобной операции [5,7].

Нами выполнено 15 ЦРТ при протяжённости РС свыше 5 см, из них у 8 выполнена ларинготрахеальная резекция с анастомозом между трахеей и частью резецированного щитовидного хряща. При ларинготрахеальной резекции, выполнявшейся в нашей модификации, расстояние от анастомоза до голосовых складок у 6 человек варьировало от 1 см до 3 мм. При выполнении ларинготрахеальной резекции особое внимание уделялось мобилизации трахеи и дистального отдела гортани, сохранению задней перстне-черпаловидной мышцы, которая является единственной мышцей, расширяющей голосовую щель, технике наложения анастомоза, а также идентификации и выделению нижнего гортанного нерва. Правильность выполнения технических приёмов позволила у всех оперированных больных сохранить нормальную фонацию и избежать несостоятельность анастомоза.

При функционирующей трахеостоме оперировано 10 больных, которым одномоментно выполнена резекция сегмента трахеи с трахеостомическим отверстием. Предоперационная подготовка, включающая в себя ультрафиолетовое облучение, обработку антисептиками, назначение антибиотиков, позволила предупредить возможные осложнения в послеоперационном периоде.

В дооперационном периоде больным индивидуально моделировалась гипсовая лонгета, позволяющая удерживать голову в максимально приведённом к груди положении. Это позволило, во-первых, увеличить протяжённость ЦРТ и во-вторых, уменьшить нагрузку на швы в зоне анастомоза. Гипсовая лангета накладывалась после окончания операции, на операционном столе. При протяжённой резекции трахеи больной оставался в такой иммобилизации в течение 2 – 3 недель в зависимости от состояния анастомоза по бронхоскопической визуальной оценке.

При протяжённости ЦРТ до 2,5 см без вовлечения в процесс дистального отдела гортани, в конце операции больного экстубировали. При большой протяжённости резекции или при вовлечении в процесс дистального отдела гортани, перед ушиванием передней стенки анастомоза производилась переинтубация трахеи через нос под контролем зрения до ушивания передней стенки анастомоза. Дыхание через назотрахеальную интубационную трубку продолжалось в течение 1 – 3 суток до ликвидации отёка в зоне швов. Такая тактика предупреждала нарушения вентиляции (вплоть до асфиксии) при развитии послеоперационного отёка подскладочного пространства.

Таким образом, операцией выбора при РС трахеи является ЦРТ. Строгое соблюдение показаний, тщательное выполнение технических приёмов (резекция трахеи в пределах здоровых тканей, сохранение нижнего возвратного нерва, применение рассасывающихся нитей на атравматической игле, минимизация натяжения швов анастомоза, которая достигается интраоперационной мобилизацией трахеи и фиксированным сгибанием головы), а также тактика ведения в до– и послеоперационном периоде позволили достичь хороших непосредственных и отдалённых результатов и вернуть всех оперированных больных к нормальной социальной и трудовой деятельности.

Выводы. 1. РС трахеи у большинства больных имеет ятрогенное происхождение и возникает после длительной ИВЛ через интубационную или трахеостомическую трубку.

2. Для диагностики РС трахеи при наличии жалоб на затруднение дыхания у больных, перенёсших длительную ИВЛ или трахеостомию, необходимо выполнение бронхофиброскопии с последующим исследованием функции внешнего дыхания и компьютерной томографии.

3. Лечение РС трахеи требует применения эндоскопических и хирургических методов.

4. Одномоментная ЦРТ при РС трахеи является операцией выбора при наличии строгих к ней показаний.

5. Протяжённость РС до 5 – 6 см и вовлечение в рубцовый процесс подскладочного пространства не являются противопоказаниями к одномоментной циркулярной резекции трахеи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бирюков Ю.В., Королёва Н.С., Зенгер В.Г., Самохин А.Я. Применение Т–образной силиконовой трубки в хирургии трахеи: Метод. рекомендации. – М., 1986

2. Горбунов В.А. Реконструктивная хирургия повреждения гортани и шейного отдела тра-

хеи: Автореф. докт. дисс. – М., 1999

3. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н. Повреждение гортани и трахеи.–М., 1991

4. Паршин В.Д., Гудовский Л.М., Русаков М.А., Выжигина М.А. Постреанимационные рубцовые стенозы трахеи: причины, профилактика и первая неотложная помощь // Искусственная вентиляция лёгких. – 2001. – №3. – С. 33–37

5. Паршин В.Д., Гудовский Л.М., Русаков М.А. Лечение рубцовых стенозов трахеи // Хирургия. – 2002. – № 3.– С. 25–32

6. Паршин В.Д., Гудовский Л.М., Русаков М.А. Осложнения в хирургии рубцовых стенозов трахеи // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2002. – № 5. – С. 29–33

7. Перельман М.И. Хирургия трахеи. – М.: Медицина, 1972

8. Перельман М.И. Рубцовый стеноз трахеи – профилактика и лечение (Вместо предисловия). В кн.: Тезисы Российской научно-практической конференции “Профилактика, диагностика и лечение рубцовых стенозов трахеи”. М., 11–12 июня 1999. – С. 3–4

9. Самохин А.Я. Хирургическое лечение рубцовых стенозов трахеи: Автореф. докт. дисс. – Душанбе, 1992

10. Фоломеев В.Н., Ежова Е.Г. Диагностика и лечение больных с постинтубационными стенозами гортани и трахеи // Анест. и реаниматол. – 1999. – №3. – С. 92–97

11. Фоломеев В.Н., Сотников В.Н., Ежова Е.Г. и др. Неотложная помощь больным постинтубационными стенозами грудного отдела трахеи с признаками декомпенсации дыхания // Вестник оториноларингологии. – 2002. – №4. – С. 25–26

12. Фоломеев В.Н., Сотников В.Н., Антонова Н.А. и др. Факторы, способствующие стенозированию и рестенозированию гортани и трахеи у больных, перенёсших интубацию, искусственную вентиляцию лёгких и трахеостомию в отделении реанимации. // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – №5. – С. 42–45

13. Чёрный С.М., Нефедов А.В., Шафировский Б.Б. и др. Респираторное обеспечение эндоскопических операций на трахее и бронхах. // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratorie. – 1988. – Vol. 4, №1–2. – P. 58–60

14. Юнина А.И. Некоторые вопросы патогенеза и лечения хронических рубцовых стенозов, атрезий, деформаций и дефектов гортани: Автореф. докт. дисс. – М., 1972

15. Duncavage J.A., Koriwchak M.J. Open surgical techniques for laryngotracheal stenosis // Otolaryngol. Clin. North Am. – 1995. – Vol. 28, №4. – P. 785–795

16. Grillo H.C., Mathisen D.J., Wain J.C. Laryngotracheal resection and reconstruction for subglottic stenosis. // Ann. Thorac. Surg. – 1992. – Vol. 53, №1. – P. 54–63

17. Grillo H.C., Donahue D.M., Mathisen D.J. et al. Postintubation tracheal stenosis. Treatment and results // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1995. – № 109. – P. 486–493

18. Gerwat J., Bryse D.P. The management of subglottic laryngeal stenosis by resection and direct anastomosis // Laryngoscope. – 1974. – № 84. – P. 940–950

19. Korber W., Laier Groeneved G., Criee C.P. Endotracheal complications after long-term ventilation. Noninvasive ventilation in chronic thoracic diseases as alternative to tracheostomy // Med. Klin. – 1999. – Bd.94, Spez. No. – P. 45–50

20. Pinsonneault C., Fortier J., Donati F. Tracheal resection and reconstruction // Can. J. Anesth. – 1999. – Vol. 46, №5. – P. 439–455

ХУЛОСА

Табобати маҷмӯии тангшавии скарии хирной

И.В. Мосин, А.Б. Сангинов, А.А. Горохов, С.В. Шевчуков

Дар мақола масъалаҳои тангшавии скарии хирной баъди осеби маҷмӯӣ дар 32 бемор баррасӣ шудааст.

Усулҳои илоҷи ҷарроҳӣ дар чунин беморон ҳангоми буриши даврагии хирной бо гузоштани анастомози интиҳо ба интиҳо навъи самарабахши табобат мебошад.

SUMMARY
THE TREATMENT OF CONNECTED SCARRED STENOSIS OF TRACHEA
I.V. Mosin, A.B. Sanginov, A.A. Gorohov, S.V. Shevchukov

In the article the problem of scarred stenosis of trachea after connected traumas in 32 patients was studied. Effective method of surgical treatment is circular resection of trachea with anastomosis end-to-end.

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Д.У. Урунбаев, Р.Р. Пиров
Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ТГМУ

Актуальность. Анализ статистики позволяет говорить о росте детского травматизма, в том числе открытых переломов конечностей (ОПК), которые считаются одними из тяжёлых повреждений.

Гнойные осложнения раневого процесса, замедленная консолидация, контрактуры суставов, рубцовые деформации мягких тканей до сих пор являются частыми осложнениями открытых повреждений конечностей (2, 6).

При определении тяжести повреждений мягких тканей и костей среди травматологов имеются различные точки зрения. Во многих литературных источниках (1, 3, 4) имеет место различный подход к классификации открытых переломов длинных трубчатых костей (ОПДТК). Наличие в области переломов раны кожи и мягких тканей различной степени тяжести в значительной степени отражается на течении травматической болезни, частоте осложнений и их исходах.

Большинство авторов в своих сообщениях делают упор на тяжесть, характер морфологических изменений кожи, подлежащих мягких тканей, костей и особенно магистральных сосудов и нервов, учитывают их значимость для выбора методов лечения и их прогноза (4, 5).

Наиболее рациональной и адекватной является классификация открытых переломов длинных трубчатых костей А.В. Каплана и О.В Марковой, отражающая характер, степени тяжести и размеры повреждений мягких тканей, сосудов, нервов у взрослых.

В зависимости от степени тяжести этих повреждений подбирается лечебная тактика и предлагаются пути профилактики гнойно-некротических осложнений. Однако данная классификация неприемлема для больных детского возраста.

Детский организм имеет свои анатомо-физиологические и регенераторные особенности, которые необходимо учитывать при составлении классификации и использовать при оказании хирургической помощи, подборе фиксаторов и послеоперационном ведении.

Цель - разработка рациональной классификации открытых переломов длинных трубчатых костей у детей и подростков.

SUMMARY
THE TREATMENT OF CONNECTED SCARRED STENOSIS OF TRACHEA
I.V. Mosin, A.B. Sanginov, A.A. Gorohov, S.V. Shevchukov

In the article the problem of scarred stenosis of trachea after connected traumas in 32 patients was studied. Effective method of surgical treatment is circular resection of trachea with anastomosis end-to-end.

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Д.У. Урунбаев, Р.Р. Пиров
Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ТГМУ

Актуальность. Анализ статистики позволяет говорить о росте детского травматизма, в том числе открытых переломов конечностей (ОПК), которые считаются одними из тяжёлых повреждений.

Гнойные осложнения раневого процесса, замедленная консолидация, контрактуры суставов, рубцовые деформации мягких тканей до сих пор являются частыми осложнениями открытых повреждений конечностей (2, 6).

При определении тяжести повреждений мягких тканей и костей среди травматологов имеются различные точки зрения. Во многих литературных источниках (1, 3, 4) имеет место различный подход к классификации открытых переломов длинных трубчатых костей (ОПДТК). Наличие в области переломов раны кожи и мягких тканей различной степени тяжести в значительной степени отражается на течении травматической болезни, частоте осложнений и их исходах.

Большинство авторов в своих сообщениях делают упор на тяжесть, характер морфологических изменений кожи, подлежащих мягких тканей, костей и особенно магистральных сосудов и нервов, учитывают их значимость для выбора методов лечения и их прогноза (4, 5).

Наиболее рациональной и адекватной является классификация открытых переломов длинных трубчатых костей А.В. Каплана и О.В Марковой, отражающая характер, степени тяжести и размеры повреждений мягких тканей, сосудов, нервов у взрослых.

В зависимости от степени тяжести этих повреждений подбирается лечебная тактика и предлагаются пути профилактики гнойно-некротических осложнений. Однако данная классификация неприемлема для больных детского возраста.

Детский организм имеет свои анатомо-физиологические и регенераторные особенности, которые необходимо учитывать при составлении классификации и использовать при оказании хирургической помощи, подборе фиксаторов и послеоперационном ведении.

Цель - разработка рациональной классификации открытых переломов длинных трубчатых костей у детей и подростков.

Классификация должна иметь теоретическое и практическое значение, несомненно должна способствовать упорядочению оценки характера, степени тяжести повреждений мягких тканей и костей; она должна систематизировать методы хирургического лечения по времени, их радикальности, техническому выполнению и обоснованности послеоперационной инфузионно-трансфузионной и антибактериальной терапии.

Методы исследования. Учитывая вышеизложенное и ориентируясь на антропометрические данные детей в различных возрастных группах, мы предприняли попытку создать простую и доступную для практического врача классификацию ОПДТК, в которой отражены характер и степень тяжести повреждения и отслоения кожи, мягких тканей, сосудов и нервов, наличие нарушения периферического кровообращения, вида перелома костей и смещения отломков. Классификация использована при лечении 20 больных детей с ОПДТК.

Нами исключены ОПДТК у детей до 3-летнего возраста, у которых вероятность получения тяжёлых повреждений конечностей не высока, так как они не сталкиваются с травмоопасными ситуациями.

По антропометрическим данным длина верхней конечности у новорождённых в среднем равняется 21см, нижней - 20 см и до 6-7 лет удваивается, а в 13-14 лет составляет в среднем 49-50 см.

Для сравнительного определения длины раны и оценки тяжести ОПДТК у взрослых и детей нами предложена формула расчёта для вычисления процента повреждения кожи сегмента конечности у взрослых и детей:

$$X = \frac{AxB}{C}$$

где X – размер раны в %;
A – длина сегмента в %;
B – длина раны сегмента;
C – длина сегмента конечности.

Пример:

1. При длине голени или бедра у взрослого, равной 40 см размер раны над уровнем перелома был равен 10 см. Произведем расчёт для определения процента повреждения кожи у взрослых (1), у детей (2):

$$X = \frac{100 \times 10}{40} = 25\% \ (1), \qquad X = \frac{100 \times 10}{25} = 40\% \ (2),$$

где 100 – длина сегмента в %;
10 – длина раны сегмента;
40 – длина сегмента конечности у взрослых;
25 - длина сегмента конечности у детей
25% и 40% - размер раны сегмента в процентах, соответствующий III степени тяжести ОПДТК для взрослых и детей, соответственно.

2. Для определения длины раны голени или бедра у детей, которая соответствует III степени тяжести, равной 25% повреждения кожи у взрослых, произведён следующий расчёт:

$$X = \frac{25 \times 25}{100} = 6{,}25 \text{ см},$$

где 25 см - длина сегмента;
25 – процент, необходимый для III степени;
100 – длина сегмента в %.

Таким образом, при ОПДТК III степени тяжести длина раны у детей должна равняться 6,25 см.

Результаты. Данная классификация ОПДТК у детей, имеющих характерные анатомо-фи-

зиологические особенности и ответную реакцию на травмы, позволяет хирургам-травматологам подбирать единую тактику хирургической обработки.

При первой степени тяжести ОПДТК, отсутствии грубых повреждений подлежащих мягких тканей и смещения костных отломков нет показаний к расширенной хирургической обработке. Производится туалет раны, обкалывание антибиотиками широкого спектра действия и накладывается лечебная иммобилизация или постоянное вытяжение.

Больным со II и III степенями тяжести ОПДТК показаны: ранняя радикальная хирургическая обработка, адекватный подбор фиксации конечности и костных отломков (постоянное вытяжение, фиксация спицами, винтами и компрессионно-дистракционными аппаратами).

Отслоённые, продольные или поперечные лоскуты без нарушения кровоснабжения, основания которых соответствуют длине, обрабатывают по Красовитову с нанесением расслабляющих разрезов и ушиванием в ложе раны. Инфузионно-трансфузионная и антибактериальная терапия с применением современных технологий в послеоперационном периоде способствует благоприятному течению раны.

В случаях поперечного отслоения кожи, когда длина лоскута превышает кровоснабжаемое основание, следует иссечь основную часть лоскута, атравматично обработать по Красовитову, удалить участки кровоизлияний и некроза, оставить в физрастворе с антибиотиками. После хирургической обработки раны и перелома, фиксации отломков, свободный лоскут можно уложить и ушить в ложе раны с целью уменьшения лимфореи и возможного частичного приживления, что отмечено у 5 детей.

При наличии рашпильных ран и переломов необходима ПХО раны и перелома с замещением дефекта мягких тканей перемещённым кожно-мышечным лоскутом.

При IV степени тяжести ОПДТК хирургическая тактика зависит от жизнеспособности дистального сегмента повреждённой конечности. В показанных случаях производят микрохирургическую операцию или реплантацию конечности с использованием компрессионно-дистракционного остеосинтеза или ампутацию конечности.

Таким образом, предложенная простая и доступная для хирургов и травматологов-ортопедов классификация может быть использована в специализированных лечебных учреждениях.

Классификация открытых переломов длинных трубчатых костей у детей

Степени тяжести	Характер повреждения	Характер отслоения кожи	Размер раны	Состояние кровообращения конечности
1-степень	колотая -резаная	нет	до 2 см	норма
2-степень	ушибленная, рваная	продольное с сохранением кровоснабжения	до 5 см	компенсированное
3-степень	раздавленная, размозжённая, рашпильная	поперечное или продольное с частичным нарушением кровоснабжения	6-15 см	компенсированное или субкомпенсированное
4-степень	частичное или полное разрушение мягких тканей	поперечное с полным нарушением кровообращения	16 и более см	декомпенсированное
Повреждения костей по линиям излома, характеру смещения отломков должны соответствовать переломам детского возраста и подростков				

ЛИТЕРАТУРА

1. Булага В.В., Голобородко П.К. Классификация и классификатор механической политравмы / / Ортопед. травматолог. - 1986. - №6, - С. 65-67
2. Гнетнев А.М., Позднякова Б.Я., Либерзон Р.Д. Профилактика гнойных осложнений в травматологии // Тез. докл. 6 съезда травмат. и ортопед. России. - Нижний Новгород, 1997. – С. 294
3. Долецкий С.Я., Киселёв В.П. Самойлович Э.Ф. О классификации множественных повреждений опорно-двигательного аппарата // Ортопед травматол. - 1978. - №8. – С. 46-52
4. Исаков Ю.Ф., Немсадзе В.П., Кузнечихин Б.П., Гинфман Г.А. Лечение ран у детей. – М.: Медицина, 1990
5. Микусев И.Е. Ошибки при лечении больных с травматической отслойкой кожи // Травм. ортоп. и протез. -1981.- №7. – С. 19-21
6. Урунбаев Д.У., Пиров Р.Р. Эффективный способ профилактики инфекционных осложнений открытых переломов костей у детей // Здравоохранения Таджикистана. - 2005.- №3. - С. 126 -127

ХУЛОСА

Оиди масъалаи таснифи осебҳои кушоди андомҳо дар кӯдакон

Д.У.Урунбоев, Р.Р. Пиров

Дар асоси омӯзиши шикастагии кушодаи устухонҳои дарози найчашакл ва табобати онҳо дар кӯдакон муаллифон таснифи 4 – дараҷаи содда ва дастрасро барои осебшиносон овардаанд, ки дар он характер ва андозаи осебҳои пӯст ва бофтаҳои нарм, ҳолати ҷудошуда ва хунгардиши андомҳо инъикос ёфтаанд. Дар холати шикастагиҳои кушодаи дараҷаҳои гуногундошта тактикаи муайяни ҷарроҳӣ, усулҳои мустаҳкамкунии шикастапораҳо ва андомҳо тавсия дода шудаанд.

SUMMARY

TO THE QUESTION OF THE CLASSIFICATION OF OPEN TRAUMAS OF EXTREMITY IN CHILDREN

D.U. Urunbaev, R.R. Pirov

The authors on the base of study of open fractures in children worked out very easy for the surgeons 4-staged classification in which the character and size of traumas of the skin and soft tissues, the state of scaled skin and circulation of the extremity were counted up. Concrete surgical tactic, the method of fixation of bone-pieces and extremities under different grades of open fractures is recommended.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛАЗМЫ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ МЕТОДОМ ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЛИТРАВМЫ

К.Х. Сироджов, Т. Шукуров, Ф.А. Разоков

Кафедры травматологии и ортопедии ТГМУ им. Абуали ибни Сино и ТИППМК; Физико-технический институт им. С.У. Умарова АН РТ

Введение. В настоящее время травматизм, наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, рассматривается в качестве одной из основных причин смертности в мире. Возрастающее медико-социальное значение травматизма связано не только с количественным его ростом, но и качественными изменениями его структуры за счёт увеличения удельного веса сочетанных и множественных повреждений, отличающихся высоким удельным весом осложнений, летальности и инвалидности. Наибольший удельный вес летальных исходов и осложнений наблюдается в остром периоде политравмы, что связано с острой массивной кровопотерей, травматическим шоком и другими осложнениями. В этом периоде наблюдаются различные нарушения в системе гомеостаза, которые также существенно влияют на течение и исходы обсуждаемых повреждений. В связи с этим ранняя диагностика и проведение на этой основе профилактики и лечения жизнеопасных осложнений и нарушений в системе гомеостаза в остром периоде политравмы остаются актуальными проблемами хирургии повреждений.

В литературе сообщается о роли инфракрасной (ИК) спектроскопии плазмы венозной крови в ранней диагностике жировой глобулемии в остром периоде политравмы [1]. По данным А.С. Гордецова с соавт. [2] “кровь содержит всю информацию о состоянии организма до абсолюта … ”, т.е. любые изменения, происходящие в организме человека и приводящие к изменению состава крови, отражаются на ИК-спектрах. В связи с этим, последние отличаются от спектра здорового человека (донора) в виде изменения формы, положения частоты максимума (?мак.) или интенсивности характеристических полос поглощения. Следовательно, исследование крови методом ИК–спектроскопии может служить дополнительным диагностическим критерием при исследовании сдвигов в системе гомеостаза при политравме.

Цель работы: изучение роли инфракрасной спектроскопии плазмы венозной крови с целью ранней диагностики изменений в системе гомеостаза и осложнений острого периода политравмы.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов комплексного обследования и лечения 87 пострадавших с политравмой. План обследования пострадавших построен с учётом тяжести состояния больных, тяжести повреждений и локализации доминирующего повреждения. Тяжесть травматического шока оценена по многомерной шкале Назаренко, тяжесть состояния пострадавших - по системе «ВПХ-СП» по Гуманенко. В программе комплексного обследования пострадавших наряду с клиническими методами использовались рентгенография, УЗИ органов, а также в показанных случаях - компьютерная томография органов и систем. У всех пациентов оценивался объём циркулирующей крови (ОЦК) в момент поступлении, проводили лабораторные анализы крови на гемоглобин, гематокрит, количество эритроцитов и лейкоцитов, биохимические анализы (остаточный азот, мочевину, общий белок, уровень сахара, билирубин и т.д.), а также было определено количество жировых глобулов экспресс-методом по Корнилову. Исследование плазмы венозной крови проводили больным с дефицитом ОЦК свыше 20-30%, травматическим шоком II-III степени и тяжёлыми травмами опорно-двигательного аппарата, в частности, переломами длинных трубчатых костей и таза. Исследование изменений в плазме венозной крови методом ИК–спектроскопии проводили по описанным в литературе методикам [1-3]. Для спектрального анализа венозную кровь брали из кубитальной вены до начала инфузионно-трансфузионной терапии и в динамике. Для записи ИК-спектра достаточно 0,2 мл крови (1-

2 капли плазмы). Запись ИК-спектров осуществлялась на двухлучевом спектрометре «Specord-75IR» в спектральном интервале частот 400-4000 см-1.

Результаты и их обсуждение. Локализация доминирующего повреждения: череп – 13 (14,9%); грудь – 11 (12,6%); живот – 9 (10,3%); таз – 8 (9,3%); конечности – 34 (39,1%); взаимоконкурирующая травма – 12 (13,8%). Травматический шок I степени выявлен у 21 (24,1%), II– у 42 (48,3%) и III – у 24 (27,6%) пострадавших. Дефицит ОЦК при поступлении выглядел следующее образом: до 10% - у 22 (25,3%) пациентов, до 20% - у 37 (42,5%) и свыше 30% – у 28 (32,2%) больных. Наиболее часто причиной критического дефицита ОЦК являлись травмы живота с повреждением паренхиматозных органов, тяжёлые повреждения костей таза и крупных сегментов конечностей.

Среди пострадавших с доминирующей травмой черепа (13 набл.) суб- и эпидуральные гематомы диагностированы у 5 пациентов, ушиб головного мозга с внутримозговыми гематомами – у 4, ушиб головного мозга без гематомы - у 1, субарахноидальное кровоизлияние – у 3 больных. При доминирующей травме груди (11 набл.) в 7 случаях наблюдались повреждения лёгких концами отломков при множественных переломах рёбер, источником гемоторакса у 4 больных были повреждённые межрёберные артерии. Среди пациентов с доминирующим повреждением живота (9 набл.) преобладали травмы печени (5), селезёнки (3), селезёнки и полых органов у одного больного. Доминирующая травма таза в одном случае сочеталась с разрывом уретры, нестабильные переломы передного полукольца выявлены у 3 больных, разрывы симфиза и повреждение заднего опорного комплекса - у 2, переломы заднего полукольца – у 2 и диагональные переломы – у 1 больного. Переломы опорно-двигательного аппарата наблюдались почти у всех пострадавших и в 34 (39,1%) носили доминирующий характер.

Сдвиги в отдельных звеньях гомеостаза оценены по результатам биохимических анализов крови, в частности, гипергликемия при поступлении выявлена у 13 (14,9%) больных, гипопротеинемия – у 9 (10,3%), гипербилирубинемия - у 8 (9,7%), гиперазотемия – у 6 (6,9%) пациентов. Постгеморагическая анемия в момент поступления отмечена у 14,9% пострадавших. Нарушение свёртывающей системы крови (гипокоагуляция) в первые часы с момента получения травмы лабораторно диагностировано у 63 (72,4%) пострадавших. Явление глобулемии в первичном анализе по Корнилову диагностировано у 37 (42,5%) больных.

При ИК-спектроскопии более существенные изменения ИК-полос поглощения плазмы венозной крови в спектрах наблюдается у больных с II-III степенью тяжести травмы по системе Назаренко и дефиците ОЦК свыше 30%. По сравнению со спектром донора наблюдаются изменения формы и соотношения интенсивности полос, лежащих в области частот 1800–900 см$^{-1}$. В одном случае с комбинированной травмой (электротравма) наблюдается изменение соотношений дуплетной полосы 1640 и 1520 см$^{-1}$, уменьшение и сглаживание пиков полос 1995-1230 см$^{-1}$.

В литературе [3,4] наблюдаемые полосы в плазме крови относят к колебаниям амидных групп, в частности полосу 1650 см$^{-1}$ - к АМИД-1 и 1540 см$^{-1}$ - к АМИД–2. Обычно в этой области частот проявляются деформационные колебания CH и NH-групп, что соответствует белкам и липидам. ИК-полосы поглощения, проявляющиеся в области частот 1450-1300 см$^{-1}$, приписываются также к АМИД-ным группам, а полосы 1250 и 1160 см$^{-1}$, относящиеся к деформационным колебаниям R(OH), обычно входят в структурные формулы холестерина и некоторых аминокислот.

Анализ полученных ИК-спектров показывает, что более сильные изменения наблюдаются в спектрах плазмы крови при комбинированной травме (электротравмах), отличающихся выраженным нарушением электролитного баланса в организме пострадавшего. При электротравме нарушается проводимость импульсов на уровне нейронов и отдельных звеньев гомеостаза, которые трудно поддаются коррекции. В таких случаях остановка сердечной деятельности может возникнуть в любой момент на фоне проводимого лечения. Все эти процессы чётко проявляются на ИК-спектрах плазмы крови, которые отличаются во всех исследованных спектрах при политравме.

Во-первых, происходит сильное увеличение интенсивности пика при 1390 см$^{-1}$ и смещения её $\nu_{мак.}$ на 10 см$^{-1}$ в сторону высоких частот. Наблюдается также сглаживание пиков при 1310 и 1250 см$^{-1}$. В области частот 1200-1000 см$^{-1}$ проявляется два пика при 1150 и 1005 см$^{-1}$, которые

отсутствуют при других исследованных нами случаях. В процессе лечения наблюдается сглаживание пиков, но при этом происходит усиление интенсивности полос АМИД–2 и АМИД–3, смещение $\nu_{мак.}$ полосы 1310 см$^{-1}$ в сторону высоких частот на 40 см$^{-1}$ и сильное увеличение её интенсивности.

Положительные сдвиги спектрального анализа крови у больных начались с 5-7 суток на фоне адекватно проведённых противошоковых мероприятий, инфузионно-трансфузионной терапии и правильно выбранной тактики хирургического вмешательства. Окончательная нормализация полос поглощения зависела от течения травматической болезни. В 2 (2,3%) случаях отрицательные сдвиги полос поглощения в динамике наблюдались независимо от своевременно оказанной квалифицированной помощи и правильно выбранной тактики хирургического вмешательства. Острая массивная кровопотеря, гиповолемия и развившаяся пневмония на фоне множественных переломов рёбер привели к полиорганной недостаточности, что в совокупности привело к летальному исходу в остром периоде политравмы. На основании вышеприведённых данных результаты ИК-

спектроскопии нами рассматриваются в качестве одного из объективных критериев адекватности комплекса мероприятий по профилактике жизнеопасных осложнений и коррекции нарушений отдельных звеньев гомеостаза в остром периоде политравмы.

Выводы. Наряду с объективными системами оценки тяжести травмы в баллах, состояния пострадавших, а также лабораторных и инструментальных методов при диагностике изменений в системе гомеостаза при политравме немаловажное значение имеют результаты ИК-спектроскопии плазмы венозной крови. Применение ИК-спектроскопии способствует ранней диагностике жизнеопасных осложнений, что позволяет провести на этой основе целенаправленную профилактику и лечение вышеуказанных осложнений в остром периоде политравмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Раззаков А.А., Сироджов К.Х., Шукуров Т.Ш., Разоков Ф.А., Халимов А.А., Батыров Ф.О., Мусоев Д.С. Применение инфракрасной спектроскопии в комплексной диагностике и лечение жировой эмболии при политравме // Доклад АН РТ. - №6, 2006. -С.568-574
2. Гордецов А.С., Лукушкина Е.Ф., Винярская И.В., Краснов В.В. Нижегородский Медицинский Журнал, 2002
3. Шукуров Т.Ш., Одинаев Р.С. Исследование спектральных характеристик некоторых аминокислот методом ИК-спектроскопии // Докл. АН РТ.-т. XLV.- №9, 2002.- С. 53-60
4. Иванов А.А., Королик Е.В., Инсарова Н.И. и др. Исследование структуры ?-пролина с помощью методов низкотемпературной ИК-спектроскопии и конфирмационного анализа // ЖПС. т.55.- №2, 1991

ХУЛОСА
Таҳқиқи плазмаи хуни варидӣ бо усули спектроскопияи инфрасурх дар давраи бисёросебии шадид

К.Х.Сироҷов, Т. Шукуров, Ф.А.Разоқов

Муаллифон тағйирёбии таркиби плазмаи хуни варидиро дар 87 нафар зарардидагони бисёросебӣ бо усули спектроскопияи молекулии инфрасурх (СМИ) бо мақсади ташхиси барвақтии тағйиротҳо дар системаи ҳомеостаз ва оризаҳои давраи шадид омӯхтанд.

Таҳқиқи плазмаи хуни варидиро дар беморони норасоии 20-30% ҳаҷми хуни даврзананда,

садмаи осебии дараҷаҳои II-III ва осебҳои вазнини дастгоҳи такяю ҳаракат, хусусан шикастагиҳои устухонҳои дарози найчашакл ва устухони кос гузарониданд.

Тағйиротҳои муайянгардидаи спектри хуни варидӣ дар баробари усулҳои таҳқиқи озмоишгоҳӣ ва олотӣ аз дигаргуниҳои назарраси системаи ҳомеостаз дар зарардидагони дараҷаҳои II-III вазнинии осебдошта ва дар навбати худ аз гузаронидани муолиҷаи инфузӣ-транфузии садма (шок) дарак медиҳанд.

Дар робита ба ин натиҷаҳои СМИ-ро мо ба сифати яке аз меъёрҳои объективии комилан мувофиқи маҷмӯаи чорабиниҳо дар пешгирии оризаҳои барои ҳаёт хатарнок ва ислоҳи ихтилолоти бандҳои алоҳидаи ҳомеостаз дар давраи бисёросебии шадид дида баромадем.

SUMMARY
THE EXAMINATION OF PLASMA OF VENOUS BLOOD BY METHOD INFRARED SPECTROSCOPY IN ACUTE PERIOD OF POLY-TRAUMA

K.H. Sirojov, T. Shukurov, F.A. Razokov

The authors studied alterations of composition of the plasma of venous blood in 87 patients with poly-trauma and deficit of FVB more 20-30%, traumatic shock II-III gr. and heavy trauma of locomotor system (fractures of long tubular and pelvic bones), the aim was yearly diagnostics of homeostasis-system and complications of acute period. IR-spectroscopy method showed that the most alterations of IR-spectral stripes of absorption were in patients with II-III gr. heaviness of trauma on Nazarenko system and more than 30% deficit of FVB. In 65 (75%) patients the most alterations were shown at spectral frequency-zone 1800-900 cm-1. The data of IR-spectroscopy is an objective criterium of adequacy of medical measures on prophylaxis of danger-complications and correction of homeostasis at acute period of poly-trauma.

УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ НАМУДҲОИ ГУНОГУНИ ГАРОНГӮШӢ

Ҷ.И. Холматов, Р.О. Олимов
Кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Пешгуфтор. Яке аз вазифаҳои мушкили шунудсанҷии (аудиометрия) саririи кунунӣ, дар баробари тадқиқоти гаронгӯшии асабзод, тадқиқ ва ташхиси гаронгӯшии кондуктивӣ мебошад. Дар айни замон новобаста аз он, ки барои тадқиқоти намудҳои гаронгӯшӣ, усулҳои гуногуни ташхиси аудиолоҷӣ вуҷуд доранд, то ҳол, ташхиси дақиқ ва пешакии гаронгӯшии сенсоневралӣ дар натиҷаи бемориҳои музмини гӯши миёна, ҳалталаб боқӣ мондааст [2-4,7].

Ташхиси аудиолоҷӣ дар аснои худ усулҳои шунудсанҷии лаҳнии ҳаддӣ, шунудсанҷии лаҳнии болоҳаддӣ, нутқӣ, усули муайян намудани ҳиссиёти шунавоӣ нисбати инфрасадоҳо ва ултрасадоҳо, омӯхтани вақт ва хислати равандҳои адаптасионии узви сомеа дорад. Афсӯс, ки фарқияти ин ё он усул дар аснои худ хислати миқдорӣ дошта, сабаб ва равиши гаронгӯширо сари вақт ифода карда наметавонад [2-4].

Ба ин нигоҳ накарда, дар адабиёти илмӣ доир ба саволҳои ташхиси аудиолоҷии намудҳои гуногуни гаронгӯшӣ, ки дар ҳолати ба бемориҳои музмини гӯш гирифтор шудан ба амал меояд, то ҳол равшанӣ андохта нашудааст. Сабаб дар он аст, ки усулҳои ташхиси аудиолоҷии дар боло зикршуда натиҷаҳои ба ҳам монанд ё худ наздик медиҳанд, ки дар натиҷаи вайроншавии ҳам системаи садогузарандаи узви сомеа, ва ҳам системаи садоқабулкунандаи он ба вуҷуд меояд. Илова бар ин, ҳангоми гузаронидани санҷиш, баъзе усулҳои аудиолоҷӣ душвориҳои муайянро ба миён оварда меҳнаталаб ҳам мебошанд [1,3-6,8].

Вақтҳои охир истифодаи усули тадқиқоти шунавоӣ ба воситаи садои давомнокии зуддиаш васеъ мавриди гузаронидани он тавассути ҳаво ва устухон (бо усули профессор Б. М. Сагалович, 1970) натиҷаҳои умедбахш дода истодааст.

Тадқиқоти дар боло зикршуда, ба омӯхтани муносибат, ё худ таносуби компонентҳои кондуктивӣ ва сенсоневралии гаронгӯшӣ, ки дар натиҷаи ихтилоли шунавоии ғайримарказӣ ба амал меояд, бахшида шудааст.

Бо ин **мақсад** мо ба нафароне, ки гирифтори илтиҳоби музмини фасодноки гӯши миёна (отит) буданд, тадқиқоти аудиолоҷии маҷмаавӣ бо истифодаи аудиометрияи давомнокии зуддиаш васеъ гузаронидем.

Материал ва усулҳои тадқиқот. Мо ҳамагӣ 155 шахсро, ки аз он 50 нафар гурӯҳи санҷиширо ташкил намуданд ва боқимонда (105) ба отити музмини фасоднок гирифтор буданд, аз назар гузаронидем. Ҷинси беморон аз 96 мард ва 59 зан иборат буданд. Ба ҳисоби миёна нафарони синнашон аз 20-29 сола (28 кас), 30-39 (42), 40-49 (25), 50-59 (6) ва 60-69 соларо 4 кас ташкил доданд.

Аксари беморон аз тадқиқотҳои аудиолоҷии монанди: санҷиши шунавоӣ бо камертонҳо (акуметрия), қайд намудани аудиограммаи стандартикунонида шуда, гузаронидани шунудсанҷии лаҳнии болоҳаддӣ (чен кардани меъёри дифференсиалии қувваи садо, сатҳи дискомфортии шунавоӣ ва равшании нутқ дар ҳолати гуногуни шиддатнокии он) ва дарьёфти ҳиссиёти шунавоӣ тавассути ултрасадо гузаштанд. Ғайр аз тадқиқотҳои дар боло зикр гашта, ҳамаи беморон аз муоинаи пурраи оториноларингологӣ гузаронида шуданд.

Натиҷаҳо ва мулоҳиза оиди онҳо. Дар натиҷаи санҷиш маълум гардид, ки 72 нафар гаронгӯшӣ доштанд, дар 32 шахс пастшунавоии симметрӣ қайд карда шуд, 40 нафар дараҷаи гуногуни асимметрияи шунавоӣ доштанд. Аз 72 бемор ҳамагӣ дар 18 нафар пастшунавоии садо, ки гузоришаш тавассути устухон то дараҷае қатъ гардида буд, муайян карда шуд.

Фосилаи байни хати шунудсанҷии устухону ҳаво дар 30 бемор аз 20 то 40 дБ-ро ташкил дод. Ба аксари беморони боқимонда, набудани ин фосила, ё худ то дараҷае минималӣ будани он хос буд. Илова бар он, дараҷаи пастшунавиашон дар садоҳои зуддиашон миёна аз меъёри 40 то 80 дБ тағйир ёфт.

Натиҷаҳои гузориши шунудсанҷии лаҳнии болоҳаддӣ аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки феномени афзудани суръатнокии баландии овоз (ФАСБО) бо дараҷаи нест шудани шунавоӣ ҳангоми гузариши садо тавассути устухон алоқамандӣ дорад.

Дар ҳолати пастшунавоии беморон то дараҷаи 40-50 дБ, шунудсанҷии лаҳнии ҳаддӣ натиҷаҳои мусбӣ медод. Ҳангоми гаронгӯшии дараҷааш аз 50 дБ зиёдтар тавассути устухон, ФАСБО пайдо мешуд. Ин далелро маълумоти адабиёти илмӣ воқеан тасдиқ менамояд (2-4).

Омӯхтани ҳиссиёти шунавоӣ нисбати ултрасадо нишон дод, ки сатҳи қабули он аз меъёр берун набуд. Фаҳмиши нутқ дар аксари беморон 100% - ро ташкил дод.

Ба ҳамаи беморони таҳти мушоҳида қарор гирифта, усули тадқиқоти шунавоӣ ба воситаи садои давомнокии зуддиаш васеъ мавриди гузаронидани он тавассути ҳаво ва устухон (4) истифода бурда шуд. Барои ин амал мо генератори садоии «ГЗ-33» ва сододиҳандаи махсуси пъезокерамикиро истифода бурдем. Дар натиҷаи ин, маълум кардани ҳиссиёти шунавоӣ тариқи ҳаво ва устухон дар ҳама меъёри зуддии садо аз 0,125 то 20,0 кГц имконпазир гардид.

Натиҷаҳои санҷиш нишон доданд, ки меъёри ҳиссиёти шунавоӣ тавассути устухон ва ҳаво зуддии садои 16,0-20,0 кГц - 70-80 дБ-ро ташкил намуд, ҳол он, ки ҳиссиёти шунавоӣ дар аудиометрияи конвентсионалӣ (аз 0,125 то 8,0 кГц) то ҳудуди 30 – 40 дБ-ро ифода менамуд. Аз ин бармеояд, ки шунудсанҷӣ ба воситаи садои давомнокиаш васеъ хусусияти дақиқ ва сари вақт маълум кардани ҳар гуна пастшунавоиро муҳайё месозад.

Хулоса. Ҳамин тариқ, дар натиҷаи гузаронидани усулҳои аудиолоҷии дар боло зикр шуда, ба хулоса омадем, ки истифодаи шунудсанҷии садои давомнокии зуддиаш васеъ дар дастаҷамъии дигар усулҳо оиди ташхиси пастшунавоӣ, ба инкишофи аудиологияи сарирӣ оварда мерасонад.

АДАБИЁТ

1. Олимов Р.О. Импеданси самоии гӯши миёна ва хусусиятҳои он ҳангоми намудҳои гуногуни гаронгӯшии нейросенсории шадид ва ногаҳонӣ//Маҷаллаи «Вестник оториноларингологии», М., 2001 г.№ 6, саҳ. 11-12

2. Сагалович Б.М. //Маҷмӯи мақолаҳои анҷумани VI оториноларингологҳои Иттиҳоди Шуравӣ. М., 1970. – Т. 2. саҳ. 135 –138

3. Сагалович Б.М. Усулҳои тадқиқоти шунавоӣ дар аудиолоҷии (шунудшиносӣ) сарирӣ//Гаронгӯшӣ. М., 1978, саҳ. 9-167

4. Сагалович Б.М., Петровская А.Н. Ташхиси барвақтии гаронгӯшии нейросенсорӣ//Тавсияи усулӣ. М., 1988

5. Холматов И.Б. Тавсифи аудиолоҷии намудҳои гуногуни гаронгӯшӣ ва хусусиятҳои он дар сокинони Тоҷикистон//Хулосаи рисолаи номзадӣ. М., 1972

6. Холматов Д.И. Тадқиқоти шунавоӣ дар беморони илтиҳоби музмини фасодноки гӯши миёна// Маҷаллаи “Паёми Сино”, 2000, № 3-4, саҳ. 110-114

7. Фауст С.А., Фрей Р.Х., Генри Д.А., Кнутсен Д.Л., Олсон Д.И. (Fausti S. A., Frey R.H., Henry J.A., Knutsen J.L., Olson D.J.) Reliability and validity of high frequency (8,0-20 kHz) threshold obtained on a computer- based audiometer as compared to a documented laboratory system. “Journal of the American Academy of Audiology” (JAAA). 1990; 3: 162-170

8. Вирайнен И., Вирайнен Д. (Varianen E., Vartianen J.) Age and hearing function in patients with chronic otitis media. J. Otolaryngol.1995,24/6,336-339

РЕЗЮМЕ

Современные методы диагностики различных форм тугоухости

Д.И. Холматов, Р.О. Олимов

В результате исследования больных с хроническим гнойным отитом путём использования различных аудиологических методов установлено, что среди них метод аудиометрии в расширенном диапазоне частот является достоверным при раннем определении сенсоневрального компонента тугоухости.

SUMMARY
CONTEMPORARY DIAGNOSTICS-METHODS OF DIFFERENT FORMS OF THICKNESS OF HEARING
D.I. Holmatov, R.O. Olimov

In the result of examination of patients with chronic purulent otitis by different audiological methods it was established that the method of audiometry in a great scale of frequencies is authentic for determination of sense-nervous component of thickness of hearing and yearly to making apparent of the pathology.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Д.М. Гулакова, Е.Н. Нарзуллаева, Т.В. Атаджанов, Н.А. Хафизова
НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии Минздрава РТ

Введение. Общеизвестно, что вопросы терапии гестозов у беременных в настоящее время изучены и теоретически обоснованы, что позволяет при условии хорошо налаженной системы общественного здравоохранения достаточно умело бороться с этой патологией (1, 4). Характер ведения беременных с гестозом зависит от клинических, биохимических и функциональных показателей. При этом современные методы комплексного лечения тяжёлых форм гестоза включают: создание лечебно-охранительного режима, коррекцию периферического артериолоспазма, регуляцию белкового и водно-электролитного обмена, системы гемостаза, маточно -плацентарно-плодового и почечного кровотока (2, 3). Тем не менее, в современной литературе, некоторые положения вопросов коррекции гемодинамических нарушений продолжают оставаться дискуссионными (3).

Цель настоящего исследования – разработать тактику коррекции нарушений центральной и периферической гемодинамики у беременных с гестозом.

Материалы и методы исследования. Всего были обследованы 88 беременных женщин, перенёсших при гестации гестоз тяжёлой степени. Медикаментозная терапия гестоза включала в себя: создание лечебно-охранительного режима (седуксен 0,42 мг/кг с дроперидолом 0,22 мг/кг), ингаляции увлажнённого кислорода, устранение сосудистого спазма (25 или 50% раствор сернокислой магнезии, эуфиллин 12-16 мг/кг, реополиглюкин 3-6 мл/кг, трентал 4 мг/кг), коррекцию метаболических нарушений (10% р-р альбумина 2-4 мг/кг, панангин 10,0мл.) и анемии, профилактику и лечение хронической гипоксии и задержки внутриутробного развития плода (сигетин 1% - 1,0, эссенцеале-форте 10,0 мл, витамин Е 5,0 мл, глюкозо-новокаино-калиевый раствор – 400,0 мл). Общий объём трансфузионно-инфузионной терапии составлял в среднем 800-1000мл. Эффективность терапии у 60 беременных оценивалась ультразвуковым исследованием маточно-плацентарно-плодового кровотока. Исследование проводилось на аппарате «Аллока-650-SSD» (Япония), с допплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр 10,0 Гц, конвексный датчик 3,5 МГц). А 28 пациенткам были выполнены исследования показателей центральной гемодинамики методом тетрапо-

SUMMARY
CONTEMPORARY DIAGNOSTICS-METHODS OF DIFFERENT FORMS OF THICKNESS OF HEARING
D.I. Holmatov, R.O. Olimov

In the result of examination of patients with chronic purulent otitis by different audiological methods it was established that the method of audiometry in a great scale of frequencies is authentic for determination of sense-nervous component of thickness of hearing and yearly to making apparent of the pathology.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Д.М. Гулакова, Е.Н. Нарзуллаева, Т.В. Атаджанов, Н.А. Хафизова
НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии Минздрава РТ

Введение. Общеизвестно, что вопросы терапии гестозов у беременных в настоящее время изучены и теоретически обоснованы, что позволяет при условии хорошо налаженной системы общественного здравоохранения достаточно умело бороться с этой патологией (1, 4). Характер ведения беременных с гестозом зависит от клинических, биохимических и функциональных показателей. При этом современные методы комплексного лечения тяжёлых форм гестоза включают: создание лечебно-охранительного режима, коррекцию периферического артериолоспазма, регуляцию белкового и водно-электролитного обмена, системы гемостаза, маточно -плацентарно-плодового и почечного кровотока (2, 3). Тем не менее, в современной литературе, некоторые положения вопросов коррекции гемодинамических нарушений продолжают оставаться дискуссионными (3).

Цель настоящего исследования – разработать тактику коррекции нарушений центральной и периферической гемодинамики у беременных с гестозом.

Материалы и методы исследования. Всего были обследованы 88 беременных женщин, перенёсших при гестации гестоз тяжёлой степени. Медикаментозная терапия гестоза включала в себя: создание лечебно-охранительного режима (седуксен 0,42 мг/кг с дроперидолом 0,22 мг/кг), ингаляции увлажнённого кислорода, устранение сосудистого спазма (25 или 50% раствор сернокислой магнезии, эуфиллин 12-16 мг/кг, реополиглюкин 3-6 мл/кг, трентал 4 мг/кг), коррекцию метаболических нарушений (10% р-р альбумина 2-4 мг/кг, панангин 10,0мл.) и анемии, профилактику и лечение хронической гипоксии и задержки внутриутробного развития плода (сигетин 1% - 1,0, эссенцеале-форте 10,0 мл, витамин Е 5,0 мл, глюкозо-новокаино-калиевый раствор – 400,0 мл). Общий объём трансфузионно-инфузионной терапии составлял в среднем 800-1000мл. Эффективность терапии у 60 беременных оценивалась ультразвуковым исследованием маточно-плацентарно-плодового кровотока. Исследование проводилось на аппарате «Аллока-650-SSD» (Япония), с допплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр 10,0 Гц, конвексный датчик 3,5 МГц). А 28 пациенткам были выполнены исследования показателей центральной гемодинамики методом тетрапо-

лярной реоплетизмографии по Кубичеку с помощью приставки РПГ-2-02 (Россия) и электрокардиографа 6-НЕК (Германия), а показателей кислородтранспортной функции крови – на газоанализаторе БМС-3 Мк-2 фирмы «Радиометр» (Дания) и расчётными методами.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что в 61,9% случаев гипотензивный эффект проводимой терапии сопровождался полной нормализацией кровотока в маточных артериях и артерии пуповины и только в 38,1% наблюдений отмечалась частичное улучшение вышеназванных показателей. При этом количественные показатели систоло-диастолического отношения снижались в правой маточной артерии с 2,71±0,4 до 1,81±0,41, в левой маточной артерии – с 2,23±0,3 до 1,33±0,33 и в средней мозговой артерии плода - с 4,56±0,1 до 3,99±0,7.

Одновременно с улучшением параметров маточно-плацентарно-плодового кровотока было выявлено отчётливое возрастание параметров центральной гемодинамики, в частности: насосной до 3,2±0,1 л/мин/м2 и контрактильной функции сердца до 34,8±1,4 мл/м2. При этом уровни среднего артериального давления и общего периферического сосудистого сопротивления снижались, причём последний более существенно. Оксигенизация тканей возросла, о чём свидетельствовало увеличение показателей эффективного и реального транспорта кислорода (см. табл.). В целом полная нормализация показателей центральной гемодинамики наблюдалась у 19 из 28 больных и частичная – у 9.

Таблица

Изменения параметров центральной гемодинамики у беременных гестозом

№	Показатели	До лечения	После лечения
1.	Насосная функция сердца	2,4±0,1 л/мин/м^2	3,2±0,1 л/мин/м^2
2.	Контрактильная функция сердца	24,8±0,9 мл/м^2	34,8±1,4 мл/м^2
3.	Уровень среднего артериального давления	139,7±3,5 мм рт ст	115,7±3,8 мм рт ст
4.	Общее периферическое сопротивление сосудов	2670,8±91,7 дин сек см-^{5}	1721,7±108,8 дин сек см-^{5}
5.	Показатель эффективного транспорта кислорода	214±14,9 мл/мин/м^2	345,6±15,7 мл/мин/м^2
6.	Показатель реального транспорта кислорода	107,7±7,8 мл/мин/м^2	162,4±10,7 мл/мин/м^2

Выводы:

1.Своевременная медикаментозная терапия нормализует показатели центральной и периферической гемодинамики.

2.Показатели допплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока, центральной гемодинамики и кислородтранспортной функции крови могут быть критериями оценки эффективности терапии гестоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нарзуллаева Е.Н., Гущин И.В. Критерии оценки тяжести клинического течения ЕРН-гестоза. Методические рекомендации. – Душанбе, 1996
2. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. – М., 2002.
3. Hirtz D.Q., Nelson K. Magnesium sulfate and cerebrial polsy in premature infants. // Curr. Opin. Pediatr. – 1998. - №10. – P. 131-137
4. Sibai B.M., Ewell M., Levine R. Et al. Risk factors associated with preeclampcia in health nulliparous women // Am. J. Obstet and Gynecol. – 1997. – Vol. 177. – №5. – P. 1003-1010

ХУЛОСА

Нишодиҳандаҳои ҳемодинамика ҳангоми муолиҷаи маҷмӯии гестоз дар занони ҳомила

Д.М. Гулакова, Е.Н. Нарзуллоева, Г. В. Атаҷонов, Н.А. Ҳафизова

Ба 88 нафар занони ҳомила табобати дорую давоии гестоз гузаронида шуд. Табобат аз муҳайё сохтани реҷаи шифоӣ - ҳифзкунанда, инҳалятсияи оксигени нам, бартараф сохтани ташаннуҷи рагӣ, ислоҳи ихтилолоти мубодилаи моддаҳо, пешгирӣ ва табобати ҳипоксияи музмин ва таваққуфи инкишофи дохилибатнии ҷанин иборат буд.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки таъсири ҳипотензии табобати гузаронидашуда дар 61,9% ҳолатҳо боиси пурра мӯътадил гардидани хунгардӣ дар рагҳои шараёни бачадон ва таноби ноф гардид, инчунин, танҳо дар 38,1 % ҳолатҳо қисман беҳшавии нишондиҳандаҳои дар боло номбаршуда ба қайд гирифта шуд. Ба ғайр аз ин, беҳшавии функсияи оксигеннақлиётии хун ва нишондиҳандаҳои ҳемодинамикаи марказӣ ба мушоҳида расид.

SUMMARY

INDEXES OF HEMODINAMICS IN COMPLEX THERAPY OF HESTOSIS IN PREGNANT WOMEN

D.M. Gulakova, E.N. Narzullaeva, T.V. Atajanov, N.A. Hafizova

Medicine therapy of hestosis was made in 88 pregnant women. It included formation of protection-medical regime, ingalation of damp oxygen, removing vascular spasm, correction of metabolic breakings, prophylaxis and treatment of chronic hypoxy, delay of intrauterine development of the foetus. The results of investigations showed that hypotensive effect of the treatment in 61,9% cases accompanies with full normalization of circulation in uterine arteries and arteries of umbilical cord, and only in 38,1% the indexes improved partially. Oxygen-dependent function of blood and indexes of central hemodinamics were improved too.

ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

М.К. Абдурахманов, М.Г. Пирова, Н.Х. Амонбекова
Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ТГМУ

Актуальность. В современной литературе многие вопросы взаимосвязи хламидийной инфекции с заболеваниями шейки матки остаются дискуссионными и требуют дальнейших исследований. Урогенитальный хламидиоз - наиболее распространённое заболевание из числа инфекций, передаваемых половым путём (ИППП). Отмечается его сочетание с другими инфекциями, передаваемыми половым путём. При урогенитальном хламидиозе инфекция обычно локализуется в уретре и эндоцервиксе, так как Clamidia trachomatis имеет тропизм к клеткам цилиндрического эпителия. По данным Jeffrey F. Peipert (7), хламидии обнаруживаются в слизи цервикального канала при эктопиях и эрозиях у больных в 2 раза чаще, чем у женщин без патологии шейки матки. В литературе имеются данные, что в генезе гиперпластических процессов в шейке матки определённую роль играет хламидийная инфекция (3, 5, 8). В мире ежегодно регистрируется около 92 млн. больных урогенитальным хламидиозом. При этом в США регистрируется 5 млн. новых случаев, в Западной Европе – 10 млн, в России – свыше 1,5 млн. (1,2,4,6). Удельный вес хламидийной инфекции среди ИППП, по некоторым данным, составляет 30–50% . Так, урогенитальный хламидиоз встречается в 2-4 раза чаще, чем гонорея, и в 7,5 раз чаще, чем сифилис.

Цель исследования: установление частоты обнаружения хламидийной инфекции при патологии шейки матки.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 711 женщин репродуктивного возраста от 14 до 45 лет с заболеваниями шейки матки на фоне экстрагенитальной патологии. Из них в возрасте до 25 лет было 10,7%, от 25 до 35 лет – 54,8%, от 35 до 45 лет – 34,5%. Всем пациенткам проводились цитологические, гистологические исследования, расширенная кольпоскопия и ПЦР.

Результаты и их обсуждение. Частота сочетания урогенитального хламидиоза и гиперпластических процессов в шейке матки зависит от возраста больной. Наиболее яркая картина морфологических изменений шейки матки наблюдается в возрасте от 14 до 24 лет, от 25 до 35 лет их частота остаётся на высоких цифрах, и в предменопаузальном периоде клинические проявления патологии шейки матки при хламидиозе носят стёртый абортивный характер.

При проведении расширенной кольпоскопии, цитологического и гистологического исследований у пациенток выявлены: эктопии – 252 случая (35,4%), лейкоплакия – 18 (2,5%), дисплазии – 62 (8,7%), кондиломатоз шейки матки-16 (2,25%), хронический эндометриоз-22 (3,1%). У 163 (23%) пациенток хламидии были выявлены методом ПЦР. Из них 65,9% пациенток с эктопией, в 12% случаев отмечено сочетание эктопии с дисплазией, в 18% - с лейкоплакией, в 10,5% - с кондиломатозом, в 3,1% - эндометриозом. При этом только 30,5% пациенток с положительным хламитестом предъявляли жалобы. Сопоставляя полученные данные о хламидийной инфекции с характером заболевания шейки матки, мы выявили, что у каждой второй инфицированной больной с лейкоплакией, кондиломами и у 50% больных с эктопией шейки матки обнаруживается хламидийная инфекция. Пациенткам с патологией шейки матки при наличии хламидийной инфекции применяли этиотропную терапию хламидиоза. С этой целью мы использовали далацин С по 150 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, трихопол 0,5 г 2 раза в сутки в течение 7 дней, линекс по 2 капсулы 3 раза в день в течение 7 дней. Одновременно всем больным осуществляли санацию шейки матки и влагалища 0,001% раствором уресултана и 2% эмульсией далацина С. Курс местного лечения завершали орошениями влагалища продуктом молочно-кислого брожения «Бифилином». Одновременно проводили лечение половых партнёров и рекомендовали половое воздержание. Повторное обследование на хламидии осуществляли через 4 недели после окончания курса антибактериальной терапии. Успешным лечение хламидиоза оказалось у 75,4% пациенток.

Остальным (24,6%) женщинам проводили повторный курс антибиотикотерапии по вышеуказанной схеме, заменяя далацин С на вильпрофен - по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 7 дней. После повторного лечения хламидии были выявлены лишь у 2 пациенток.

Выводы. Таким образом, радикальное воздействие на хламидийную инфекцию в сочетании с этиотропной атибактериальной терапией значительно повышает эффективность лечения воспалительного процесса шейки матки хламидийной этиологии. Предложенная нами комплексная терапия хламидийной инфекции при патологии шейки матки оказалась эффективной на 76%. Результаты проведённого исследования согласуются с данными литературы об отсутствии специфической клинической симптоматики урогенитального хламидиоза. На сегодняшний день при изучении проблемы урогенитального хламидиоза (УГХ), мы столкнулись с тем, что пока остаётся достаточно белых пятен как в этиологии и патогенезе, так и в лечении и ведении таких больных. Это связано с отсутствием до настоящего времени совершенных методов диагностики и высоким процентом самолечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баткаев Э.А., Рюмин Д.В. Этиотропная терапия урогенитального хламидиоза // Клиническая дерматология и венерология, 2003, №3, С. 13-19
2. Кубанова А.А., Кисина В.И. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путём// Руководство для практикующих врачей. Том VIII. М., 2005, С. 542-565
3. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки// Минск, «Высшая школа», 2000
4. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов// Методические рекомендации, М., 2005
5. Якубович А.Р., Корепанов А.И. Урогенитальный хламидиоз// Иркутск, 2007
6. Department of health and human services, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports August 4, 2006 / Vol. 55 / No. RR-11
7. Jeffrey F. Peipert, Genital Chlamydial Infections, NEJM, 2003
8. Wiesenfeld H.C.,Hillier S.L., et al. Genital Infections and endometritis. Obstet Gynecol, 2002, Sep; 100(3):456-63

ХУЛОСА

Сирояти хламидӣ дар беморони гирифтори касалиҳои гарданаи бачадон

М.К. Абдураҳмонов, М.Г. Пирова, Н.Х. Амонбекова

Дар 711 нафар бемори муоинашуда мавҷудияти сирояти хламидӣ ҳангоми раванди гиперпластикӣ дар гарданаи бачадон ошкор гардид, ки ин ба инкишофи омос мусоидат мекунад.

Ба бемороне, ки эътилоли гарданаи бачадон доранд ҳангоми мавҷудияти сирояти хламидӣ гузаронидани табобати этиотропии хламидиоз зарур аст.

SUMMARY

CHLAMIDIA-INFECTION IN PATIENTS WITH CERVICAL DISEASES

M.K. Abdurahmanov, M.G. Pirova, N.H. Amonbekova

Chlamidia-infection was established in 711 patients with hyperplastic processes of cervix which promote to initiation of cancer. It is needed to make ethiotropic therapy of chlamidiosis to patients with pathology of cervix and chlamidia-infection.

СТРЕСС ВО ВРЕМЯ БЕРЕМОННСТИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КРОВОПОТЕРЮ В РОДАХ

З.Х. Рафиева, Ф.М. Абдурахманов
Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ

Актуальность. Родовой акт - это сложный процесс, в регуляции которого участвует вся система организма, которые связаны между собой [1]. Психо-эмоциональный стресс, перенесённый в период беременности, нарушает все звенья регуляции сократительной деятельности, поэтому по данным исследований, роды, вызванные стрессовыми факторами, протекают как патологические, что подтверждается наблюдением за организмом матери в целом в процессе длительной подготовки отдельных звеньев и основных регуляторных механизмов родового акта [2,3]. Принимая во внимание всё более возрастающую социальную напряжённость и в связи с этим экстремальные ситуации, ведущие к стрессам, необходимо учитывать их влияние на процесс подготовки организма к родам и к самому родовому акту [4,5].

Цель исследования: изучение влияния стресса и его осложнений на беременность.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клиническое статистическое исследование особенностей течения родового акта у 540 женщин, перенёсших психо-эмоциональный стресс во время гражданской войны в Вахдатском и Колхозобадском районах. Стресс был связан с вынужденной миграцией в Афганистан, а сроки беременности колебались от 3 до 42 недель. Контрольные группы составили 490 женщин, жительниц того же района, родоразрешившихся за год до гражданской войны.

При анализе основная группа была разделена на 8 подгрупп, в зависимости от срока беременности на момент экстремальной ситуации: 1 - от 3 до 10 недель; 2 - от 8 до 12 недель; 3 - от 12 до 18; 4 - от 18 до 24; 5 - от 24 до 26; 6 - от 26 до 30; 7- от 30 до 34; 8 - более 36 недель. При этом численность групп была различной: от 50 женщин в наименьшей, до 105 в наибольшей. Подбор контроля для каждой из подгрупп основной группы осуществлялся методом сравнимых пар, составленных по возрасту, паритету, по анамнезу: социальному, профессиональному, акушерско-гинекологическому наличию экстрагенитальной патологии. Статистическая обработка производилась по специально разработанной программе на ЭВМ современных поколений.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что течение родов у женщин, перенёсших стресс во время беременности, по своей продолжительности не отличалось от показательно контрольной группы. Средняя продолжительность родов в основной группе составила от 6 до 7 часов в контрольной от 6 до 8 часов.

При исследовании частоты аномалий родовой деятельности в некоторых подгруппах были найдены различия между основной и контрольной группами, зависящие от срока беременности в момент стрессового воздействия (табл.1).

Как видно из таблицы 1, первичная слабость родовой деятельности у женщин, перенёсших стресс в начале беременности, регистрировалась в 1,5 раза чаще; в сроки от 9 до 13 недель - в 2 раза чаще, чем в контрольной группе.

Наиболее высок риск первичной слабости родовой деятельности у женщин, перенёсших стресс в конце третьего триместра, что осложнило роды в 12,1% случаев (в 3 раза чаще, чем в контроле). Наименьшей была частота этой патологии у женщин, перенёсших стресс в конце беременности.

Вторичная слабость родовой деятельности характеризовалась утомлением мышечных

структур (1), у перенёсших стресс в третьем триместре с возрастанием срока беременности (на момент гражданской войны) имелась тенденция к увеличению частоты вторичной слабости. Наиболее часто она осложняла роды у женщин, перенёсших стресс в конце третьего триместра, в 4 раза чаще, чем в контрольной группе.

Таблица 1

Частота аномалий родовой деятельности в зависимости от срока беременности на момент стрессовых воздействий (в %)

Срок беременности на момент стресса (недели)	n	Первичная слабость родовой деятельности		Вторичная родовая деятельность		Дискоординация родовой деятельности	
		Основ. группа	Контр. группа	Основ. группа	Контр. группа	Основ. группа	Контр. группа
Менее 9	80	1,1	2,47	2,1	2,56	1,1	-
От 9 до 13	45	11,2	6,1	1,9	3,9	-	-
От 13 до 18	49	3,5	10,1	-	1,2	-	-
От 18 до 22	67	4,9	7,5	-	-	-	-
От 22 до 26	99	8,7	7,6	0,81	1,2	-	-
От 26 до 30	88	11,3	2,9	0,98	-	1,9	-
От 30 до 34	100	5,9	11,1	1,2	0,81	4,1	-
От 34 до 40	75	1,9	5,2	5,4	1,1	2,1	-

Таблица 2

Средний объём кровопотери (в мл) и частота акушерских кровотечений (%) в зависимости от срока беременности (нед.) в момент стресса

Сроки беременности	n	Средний объём кровопотери в родах M±m		Частота акушерских кровотечений	
		Основ. группа	Контр. группа	Основ. группа	Контр. группа
Менее 10	82	271±57	248±18	3,66	2,2
От 9 до 13	47	240±52	202±29	9,21	3,1
От 13 до 18	49	250±91	215±42	3,42	3,9
От 18 до 22	68	227±42	221±58	4,92	4,8
От 22 до 26	100	210±55	201±41	9,1	3,1
От 26 до 30	98	254±60	200±24	6,1	4,5
От 30 до 34	102	210±28	202±32	5,9	4,1
От 34 до 40	78	231±39	171±16	9,6	3,2

В целом беременные, момент стресса у которых пришёлся на третий триместр, явились наиболее подверженными осложнениям родов, что особенно отчётливо видно на примере дискоординации родовой деятельности, которая в контрольной группе не была зарегистрирована, а в основной группе наблюдалась у 3 до 3,5% женщин.

Наружная сократительная деятельность матки обусловлена возрастанием частоты акушерских кровотечений (табл.2). Средний объём кровопотери в родах у женщин, перенёсших стресс, превышает кровопотерю в контрольной группе на 20-80 мл. (по разным подгруппам). Кровотечения у женщин, перенёсших стресс в режиме срока беременности, отмечены в 2 раза чаще, чем в контрольной группе. При воздействии стресса в сроки от 9 до 13 нед., кровотечения осложнили роды в 2,5 раза чаще, а в сроки от 13 до 18 нед. отмечена максимальная частота аномалий родовой деятельности и кровотечений. Наибольший процент кровотечений отмечен у женщин, перенёсших стресс в конце второго триместра.

При стрессе, перенесённом в начале, середине и конце третьего триместра беременности, частота акушерских кровотечений, как видно из табл.2, имеет тенденцию к возрастанию, что связано, по видимому, с нарушением формирования родовой доминанты и коррелирует с увеличением частоты различных форм аномалий родовой деятельности.

Выводы. 1.У женщин, перенёсших психо-эмоциональный стресс в первом триместре беременности и в начале третьего триместра, возникают угрожающая по своему течению слабость родовой деятельности.

2.Женщины, перенёсшие психо-эмоциональный стресс в третьем триместре, обнаруживают вторичную слабость родовой деятельности и дискоординацию родовых сил.

3.Стресс, перенесённый женщинами в конце второго триместра беременности, значительно нарушает процессы развития плаценты и увеличивает частоту акушерских кровотечений, связанных с аномалией прикрепления и отделения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Додхоева М.Ф. Состояние родовспоможения и детородной функции у жительниц Таджикистана за период 1986-1996гг. с учётом кризисной ситуации // Автореф. докт. дисс.,С.-Пб., 1998

2. Захаров А.И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов // Материалы конф. «Перинатальная психология в родовспоможении» - С.-Пб: Глория, 1997, -С. 54-56

3. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: руководство для врачей, М., Медицина, 1989

4. Серов В.Н. Гестоз – болезнь адаптации// Новосибирск: РиПЭл плюс, 2001

5. Шехтман М.М. Руководство по экстрогенитальной патологии во время беременности. М., 2000

ХУЛОСА

Иҷҳод дар давраи ҳомиладорӣ ва таъсири он ба хунравӣ ҳангоми таваллуд

З.Х. Рофиева, Ф.М. Абдураҳмонов

Иҷҳоди рӯҳӣ-ҳаяҷонии дар семоҳаи аввал ва дар оғози семоҳаи сеюми ҳомиладорӣ гузаронидашуда барои вусъати заифии аввалияи фаъолияти зоиш хатарнок мебошад. Ҳомилае, ки ин ҳолатро дар семоҳаи сеюм гузаронидааст, ба инкишофи фаъолияти зоиш таъсир

мерасонад. Ин ҳомилаҳо бо назардошти инкишофи заифии дуюмдараҷа ва номутобиқии қувваҳои зоиш хавфнок маҳсуб мешаванд.

Иҷҳод дар охири семоҳаи дуюми ҳомиладорӣ раванди инкишофи ҳамр[illegible] вайрон мекунад ва хунравии момоиро, ки ба нуқсони ҷудошавӣ ва часпидани ҳам[illegible] аланд аст, вусъат медиҳад.

SUMMARY

THE PREGNANSY-STRESS AND ITS INFL[illegible] ON THE HAEMORRHAGE IN LABOUR WITH C[illegible]

Z.H. Rafieva, F.M. Abdurahma[illegible]

Psycho-emotional stress in first trimester of pregnancy and beg[illegible] the third trimester is threatening to developing primary weakness of delivery activity. Psycho-emotional stress in the third trimester influences on delivery activity, the pregnant women are being danger to second weakness and discoordination of delivery forces. The stress in the end of second trimester of pregnancy breaks off process of formation of placenta and decreases the frequency of obstetrics haemorrhages connected with anomalies of its fastening and separation.

ТЕРАПИЯ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ НИЗКОГОРЬЯ ТАДЖИКИСТАНА

М.А. Хашимова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания называют эпидемией XX века. В течение многих лет они являются ведущей причиной смертности населения во многих экономических развитых странах [2]. Согласно статистике последних лет в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний 85,5 % приходится на долю ишемической болезни сердца (ИБС) 46,8%. В России почти 10 млн. трудоспособного населения страдают ИБС [3]. Поиск современных методов борьбы с этим заболеванием невозможен без разработки чётких схем обследования больных. Алгоритм проведения подобного обследования по сей день не до конца ясен, несмотря на разнообразие методов диагностики ИБС и подробное их освещение как в отечественной, так и в зарубежной литературе [1].

Целью настоящего исследования являлось определение наиболее эффективных методов диагностики ишемической болезни сердца, с разной исходной её вероятностью, у жителей Гиссарской долины Таджикистана.

Материалы и методы исследования. Обследовано 82 больных, из них 52 мужчин и 30 женщины в возрасте от 43 до 68 лет. Средний возраст больных 58,2 ± 4,65 года, находившихся под наблюдением с 2005 по 2007 гг.

РЕТРАСТЕD

Критерием включения в исследовании являлось предполагаемое наличие ИБС у обследуемых. Критерием исключения из исследования - доказанная ИБС (инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, коронарный атеросклероз).

На основании клинической картины и опросника ВОЗ (локализация боли, характер ощущений, наличие эффекта от приёма препаратов нитрата, связь боли с физической нагрузкой) болевой синдром расценивался как типичная или атипичная стенокардия либо кардиалгия. Наличие всех трёх перечисленных критериев позволило говорить о типичной стенокардии, два из трёх - об атипичной, один из трёх о кардиалгии [14].

У всех пациентов до проведения нагрузочных проб определяли исходную (предтестовую) вероятность наличия ИБС (в процентах) в зависимости от возраста, пола и клинической картины по G. Diamond [9] (табл. 1).

Таблица 1

Исходная вероятность наличия ИБС (в %) у обследуемых с болями в сердце в зависимости от возраста и пола (M±δ)

Возраст, годы	Кардиалгии		Атипичная стенокардия		Типичная стенокардия	
	мужчин	женщин	мужчин	женщин	мужчин	женщин
40-49	20,0 ± 0,8	16,6 ± 0,9	[illegible] 1,2	33,2 ± 0,4	53,3± 0,7	51,2 ± 0,6
50-59	20,0 ± 0,3	[illegible] ± [illegible]	30,0 ± 1,3	26,6± 0,9	50,0 ± 0,6	53,9 ± 0,8
60-69	[illegible] ± 1,[illegible]	22,2 ± 0,7	35,1 ± 0,6	22,2± 0,7	52,9 ± 1,3	55,1± 0,6

В проведённых нами исследованиях выявляли распространённость факторов риска ИБС, таких как артериальная гипертония, сахарный диабет, ожирение, гиперлипидемия и курение [5], а также учитывали сопутствующие заболевания.

Гиперлипидемию определяли по уровню следующих показателей липидного обмена в сыворотке крови: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеиды высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицеридов (ТГ). Общий ХС крови определяли по методу L.Abell и соавт. [6], ХС ЛПВП по методу Р.Н.Титова и соавт. [4]. Содержание ТГ в сыворотке измеряли с помощью реактивов и методами фирмы " Lachema".

Для диагностики ИБС больным проводили следующие тесты: ЭКГ, холтеровское мониторирование (ХМ), тредмил-тест, эхокардиография (Эхо-КГ), компьютерная томография (КТ).

Результаты и их обсуждение. Как видно из таблицы 1, исходная вероятность наличия ИБС у обследуемых в виде типичной стенокардии чаще у мужчин встречался в возрастной группе 40-49 лет (53,3 ± 0,7), а у женщин в возрастной группе 60-69 лет (55,1±0,6).

Больные в зависимости от риска развития ИБС были разделены на 3 группы. Первую группу составили больные с низким (n=12), вторую группу с умеренным (n=26) и третью группу с высоким (n=44) риском наличия ИБС. В 1-ой группе предтестовая вероятность ИБС составляла более 15%, во второй примерно 52% а в третьей-92%.

Группа умеренного риска была достоверно ($p<0,01$) старше, чем группа низкого риска, и достоверно ($p<0,05$) моложе, чем группа высокого риска, как это видно по таблице 2.

RETRACTED

RETRACTED

Таблица 2

Клинические особенности больных в группах

Показатель	Группа низкого риска (n=12)	Группа умеренного риска (n=26)	Группа высокого риска (n=[illegible])
Возраст, годы.	46,21± 3,2	54,72± 4,8	61,4[illegible]
Артериальная гипертония	6(50,00)	20(76,90)	40(88,6)
Сахарный диабет	2(16,66)	5(19,23)	[illegible]18,02)
Ожирение	1(3,39)	[illegible]69)	6(13,61)
Гиперлипидемия	3(24,99)	10(38,[illegible])	38(86,31)
Курение	5(41,65)	[illegible]76)	26(59,1)
Хронический бронхит	4([illegible])	6(23,07)	11(25,00)
Хронический гастродуоденит	6(4[illegible])	8(30,76)	7(15,9)
Хронический холецистит	3(24,99)	2(7,69)	4(8,86)

Примечание: в скобках - проценты

Как видно из табл.2, выявлены существенные различия (p>0,05) между группами по наличию сахарного диабета, ожирения, хронического бронхита, хронического гастродуоденита и хронического холецистита. В то же время гиперлипидемия достоверно более часто встречалась в группе высокого риска, чем в группе среднего(p=0,041) и низкого (p=0,016) риска. Частота встречаемости артериальной гипертонии в группе высокого риска была достоверно более высокой, чем в группе низкого риска (p=0,044). Что касается курения, то он достоверно более часто встречается в группе высокого риска, чем в группе среднего (p=0.042) и низкого (p= 0,017) риска.

Таблица 3

Показатели липидного спектра (в ммоль/л) в зависимости от риска ИБС

Показатель	Группа низкого риска	Группа умеренного риска	Группа высокого риска	P*	P**
ОХС	5,83(5,2;6,6)	5,75(4,9;6,4)	6,13(5,2;6,9)	0,571	0,408
ХС ЛПВП	1,4(1,06;1,65)	1,4(1,1;1,6)	1,5(1,2;1,8)	0,410	0,109
ТГ	1,37(1,11;1,8)	1,42(1,04;1,8)	1,1(0,95;1,58)	0,070	0,019

Примечание. P*- достоверность между группами низкого риска и умеренного риска, P**- достоверность между группами низкого риска и высокого риска

Как видно из табл.3 уровень ОХС был идентичен во всех трёх группах, причём медианы ОХС

были выше нормы. Уровень ТГ у лиц с высоким риском ИБС был значительно более низким, чем в группе с низким риском. Уровень ХС ЛПВП во всех группах был ниже нормы.

Таким образом, во всех группах обследуемых отмечалось гиперлипопротеидемия.

Таблица 4

Чувствительность и специфичность тестовых методов диагностики ИБС (в %)

Метод	Специфичность	Чувствительность
ЭКГ	70	42
ХМ	72	46
ЭхоКГ	74	7[illegible]
Тредмил-тест	72	80
КТ	96	90

Была рассчитана чувствительность и специфичность тестовых методов диагностики ИБС. ЭКГ была проведена - у 78 пациентов, ХМ - у 80, ЭхоКГ- у 30, тредмил-тест - у 67, КТ - у 14.

Как видно из табл.4, наиболее высокой специфичностью в диагностике ИБС обладает КТ. У остальных методов исследования специфичность приблизительно одинаковая - 70-74%. Наибольшей чувствительностью в выявлении ИБС обладает КТ, чуть меньшей-тредмил-тест и ЭхоКГ. ЭКГ и ХМ имеют чрезвычайно низкую чувствительность. Похожие показатели чувствительности и специфичности методик отмечены и в большинстве других исследовании [7-15].

На основании полученных данных по стандартной методике [12] была рассчитана посттестовая вероятность наличия ИБС для каждой группы и для каждого метода исследования.

Таблица 5

Изменение вероятности наличия ИБС (в %) в группах в зависимости от результата тестов

Результат теста	ЭКГ			ХМ			ЭхоКГ			Тредмил-тест			КТ		
	Группы														
	1-я	2-я	3-я	1-я	2-я	3-я	1-я	2-я	3-я	1-я	2-я	3я	1-я	2-я	3-я
Положительный	21	67	95	19	64	92	34	78	97	32	77	97	80	97	99
Отрицательный	10	46	86	11	52	84	6	30	80	5	27	78	2	11	53

В первой группе исходная (предтестовая) вероятность наличия ИБС составила 15% (табл.1). Положительный результат тредмил-тест увеличил эту вероятность до 32% и отрицательный - уменьшил до 5% (табл.5).

В группе низкого риска (1-ая) положительный результат всех тестов, за исключением КТ, повысил вероятность наличия ИБС до 30-40%. Такое увеличение вероятности заболевания не является достаточным для утверждения о наличии гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий. Отрицательный результат теста только при КТ или ЭхоКГ позволяет, по сути, отвергнуть наличие ИБС.

В группе высокого риска (3-ая) положительный результат теста существенного значения не имел, так как исходная вероятность наличия ИБС велика (55,1%).Однако в результате проведения тестов вероятность наличия ИБС увеличилась до 99% (см. табл.5). Выполнение ЭКГ и ХМ, по сути, лишена смысла, так как ни положительный, ни отрицательный результаты существенно не

RETRACTED

изменяют вероятность наличия ИБС.

Проведение диагностических тестов является наиболее оправданным в группе с умеренной вероятностью наличия ИБС (см. табл.5). Именно в этой группе установлена наибольшая эффективность тестов, результаты которых значительно изменяли и уточняли вероятность наличия заболевания. При умеренном риске оправдано применение всех тестов, за исключением ЭКГ и ХМ. Повышение вероятности наличия ИБС при положительном результате ЭКГ ХМ с 64 до 67%, так же, как и её снижение при отрицательном результате с 46 до 52% являются несущественными.

Выводы. Результаты проведенных клинических исследований показали: проведение ЭКГ и ХМ для диагностики ИБС нецелесообразно; применение диагностических тестов в виде тредмил-тест, Эхо-КГ и КТ наиболее оправданно у больных с умеренной вероятностью наличия заболевания; у больных с низкой вероятностью наличия ИБС наибольшей эффективностью обладает КТ, а у больных с высокой вероятностью – тредмил-тест и КТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н. Неинвазивные методы диагностики ишемической болезни сердца //Кардиология. 1996, №1: -С.4-11

2. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая кардиология. М., 2003

3. Оганов Р.Г., Поздняков Ю.М., Волков В.С. Ишемическая болезнь сердца. М., Изд. дом "Синергия"; 2002

4. Титов В.Н., Бренер Е.Д., Халтаев Г.Г. Метод и диагностическая значимость исследования содержания холестерина в альфа-липопротеидах. Лаб.дело. 1979, №1. -С. 652-655

5. Чазов Е.И. Руководство по кардиологии. Медицина, М., 1982; Т.2.

6. Abell L.L., Levy B.B., Brodie B.B., A simplified method for estimation of total cholesterol in serum and demonstration of its specifisity. J Biol.Chem. 1952; 195(1): p. 357-366

7. Beller G.A., Gibson R.S. Sensitivity, specificity and prognostic significance of noninvasive testing for accult or known coronary artery disease. Progr. Cardiovase. Dis.1987; 29(4): p.241-270

8. Detrano R., Gianrossi R., Froelicher V. The diagnostic accuracy of the exercise electrocardiogram: a meta-analysis of 22 years of research. Progr. Cardiovasc. Dis.1989; 32: p.173-206

9. Diamond G.A., Forrester J.S. Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N. Engl. J. Med. 1979; 300: p.1350-1380

10. Fleischmann K.E., Hunink M.G., Kuntz K.M. et. el. Exercise echocardiography or exercise SPECT imaging ? A meta-analysis of diagnostic test performance. J. A.M.A.1998; 280: p.913-920

11. Geleijnse M.L., Fioretti P.M., Roelandt J. Methobology, feasibility, safety and diagnostic accurancy of dobutamine stress echocardiography. J. Am. Coll. Cardiol. 1997; 30: p.595-606

12. Gibbons R.J., Autman E.M. et.al. Guideline update for the management of patients with chronic stable angina ACC/AHA; 2002

13. Greenberg R., Daniels S., Flanders D. Диагностические тестированиею Medical Epidemiology. Broad.New York: Lange Medical Books; 2001. 215

14. Kuntz K.M. et. al. Cost-effectiveness of diagnostic strategies for patients with chest pain. Ann. Intern. Med. 1999; 130 (9): p. 709-718

15. Nieman K., Rensing B.J., Van Geuns R.J. et. al. Usefulness of multislice computed tomography for detecting obstructive coronary artery disease. Am.J. Cardiol. 2002; 89: p.913-918

ХУЛОСА

Таҳлили муқоисавии усулҳои ташхиси бемории ишемикии дил дар сокинони пасткӯҳҳои Тоҷикистон

М.А. Ҳошимова

Бо мақсади муайян намудани самаранокии усулҳои ташхисии бемории ишемикии дил дар сокинони минтақаҳои пасткӯҳҳои Тоҷикистон ЭКГ, мониторикунонии холтерӣ, тредмил-санҷиш, Эхо КГ ва томографияи компютерӣ гузаронида шуд.

Таҳқиқ нишон дод, ки ташхиси бемории ишемикии дил бо усулҳои тредмил-санҷиш, Эхо КГ

RETRACTED

ва томографияи компютерӣ бештар натиҷабахш аст. Истифодаи ин санҷишҳо ҳангоми хатари мӯътадили вусъати бемории ишемикии дил дуруст аст.

SUMMARY

COMPARATIVE ANALYSIS OF DIAGNOSTICS-METHODS OF ISHEMIC HEART-DISEASE IN RESIDENTS OF LOW-MOUNTAIN OF TAJIKISTAN

M.A. Hashimova

The authors for the choice the most effective method of ischemic heart-disease (IHD) in residents of low-mountain of Tajikistan used methods ECG, Holter monitoring, tredmil-test, echo-CG, computer-tomography. In was shown that thedmil-test, echo-CG and computer tomography had the best diagnostic effect. The tests under moderate risk of initiation of IHD are normal.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЛЕЙКОЗОВ У НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА В ПЕРИОД 2000-2007 гг.

М.К. Рахматов, Ф.И. Одинаев, Ш.Ф. Одинаев
Таджикский НИИ профилактической медицины;
Национальный медицинский центр Республики Таджикистан

Актуальность. В последние десятилетия в мире отмечено постепенное возрастание показателей смертности от лейкозов. Так, в период с 1960 по 2000 гг. эти показатели увеличились во многих развитых странах в 4-5 раз [2], что связано, по мнению многих исследователей, с влиянием лейкозогенных агентов окружающей среды, совершенствованием диагностики лейкозов, регистрации причин смертности, изменением структуры смертности населения и т.п.[3-5]. При этом отмечается, что частота лейкозов в разных странах неодинакова и варьирует в широком диапазоне: высокие показатели смертности от лейкозов (8,4-6,0 на 100000 населения) долгое время сохраняются в США и многих странах Западной Европы, а в Италии, Англии и Австралии эти показатели ниже и находятся в пределах 5,9-3,1 на 100000 населения. В таких странах как Польша, Румыния, Монголия, Япония (исключая районы Хиросима, Нагасаки), Турция отмечается низкая смертность (ниже 3,0 на 100000 населения). Смертность от лейкозов и гемобластозов в бывшем СССР за последние 40 лет оставалась практически на одном уровне: в 1958 г. она составляла 6,3, а в 1988 г. - 6,4 на 100000 городского населения (данные отдела медицинской статистики Министерства здравоохранения СССР и Института онкологии АМН СССР, 1991).

В Таджикистане особенности распространения лейкозов, к сожалению, не исследованы. Проведение подобных работ в стране особенно востребовано, поскольку отсутствуют уточнённые данные о заболеваемости и смертности от лейкозов, не изучена роль этнических, наследственных, климато-географических и экологических факторов в возникновении и развитии лейкемий.

Целью работы является исследование заболеваемости лейкозами в регионах Таджи-

RETRACTED

ва томографияи компютерӣ бештар натиҷабахш аст. Истифодаи ин санҷишҳо ҳангоми хатари мӯътадили вусъати бемории ишемикии дил дуруст аст.

SUMMARY
COMPARATIVE ANALYSIS OF DIAGNOSTICS-METHODS OF ISHEMIC HEART-DISEASE IN RESIDENTS OF LOW-MOUNTAIN OF TAJIKISTAN
M.A. Hashimova

The authors for the choice the most effective method of ischemic heart-disease (IHD) in residents of low-mountain of Tajikistan used methods ECG, Holter monitoring, tredmil-test, echo-CG, computer-tomography. In was shown that thedmil-test, echo-CG and computer-tomography had the best diagnostic effect. The tests under moderate risk of initiation of IHD are normal.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЛЕЙКОЗОВ У НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА В ПЕРИОД 2000-2007 гг.

М.К. Рахматов, Ф.И. Одинаев, Ш.Ф. Одинаев
Таджикский НИИ профилактической медицины;
Национальный медицинский центр Республики Таджикистан

Актуальность. В последние десятилетия в мире отмечено постепенное возрастание показателей смертности от лейкозов. Так, в период с 1960 по 2000 гг. эти показатели увеличились во многих развитых странах в 4-5 раз [2], что связано, по мнению многих исследователей, с влиянием лейкозогенных агентов окружающей среды, совершенствованием диагностики лейкозов и регистрации причин смертности, изменением структуры смертности населения и т.п.[3-5]. При этом отмечается, что частота лейкозов в разных странах неодинакова и варьирует в широком диапазоне: высокие показатели смертности от лейкозов (8,4-6,0 на 100000 населения) долгое время сохраняются в США и многих странах Западной Европы, а в Италии, Англии и Австралии эти показатели ниже и находятся в пределах 5,9-3,1 на 100000 населения. В таких странах как Польша, Румыния, Монголия, Япония (исключая районы Хиросимы и Нагасаки), Турция отмечается низкая смертность (ниже 3,0 на 100000 населения). Смертность от лейкозов и гемобластозов в бывшем СССР за последние 40 лет оставалась практически на одном уровне: в 1958 г. она составляла 6,3, а в 1988 г. - 6,4 на 100000 городского населения (данные отдела медицинской статистики Министерства здравоохранения СССР и Института онкологии АМН СССР, 1991).

В Таджикистане особенности распространения лейкозов, к сожалению, не исследованы. Проведение подобных работ в стране особенно востребовано, поскольку отсутствуют уточнённые данные о заболеваемости и смертности от лейкозов, не изучена роль этнических, наследственных, климато-географических и экологических факторов в возникновении и развитии лейкемий.

Целью работы является исследование заболеваемости лейкозами в регионах Таджи-

ва томографияи компютерӣ бештар натиҷабахш аст. Истифодаи ин санҷишҳо ҳангоми хатари мӯътадили вусъати бемории ишемикии дил дуруст аст.

SUMMARY
COMPARATIVE ANALYSIS OF DIAGNOSTICS-METHODS OF ISHEMIC HEART-DISEASE IN RESIDENTS OF LOW-MOUNTAIN OF TAJIKISTAN
M.A. Hashimova

The authors for the choice the most effective method of ischemic heart-disease (IHD) in residents of low-mountain of Tajikistan used methods ECG, Holter monitoring, tredmil-test, echo-CG, computer-tomography. In was shown that thedmil-test, echo-CG and computer-tomography had the best diagnostic effect. The tests under moderate risk of initiation of IHD are normal.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЛЕЙКОЗОВ У НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА В ПЕРИОД 2000-2007 гг.

М.К. Рахматов, Ф.И. Одинаев, Ш.Ф. Одинаев
Таджикский НИИ профилактической медицины;
Национальный медицинский центр Республики Таджикистан

Актуальность. В последние десятилетия в мире отмечено постепенное возрастание показателей смертности от лейкозов. Так, в период с 1960 по 2000 гг. эти показатели увеличились во многих развитых странах в 4-5 раз [2], что связано, по мнению многих исследователей, с влиянием лейкозогенных агентов окружающей среды, совершенствованием диагностики лейкозов и регистрации причин смертности, изменением структуры смертности населения и т.п.[3-5]. При этом отмечается, что частота лейкозов в разных странах неодинакова и варьирует в широком диапазоне: высокие показатели смертности от лейкозов (8,4-6,0 на 100000 населения) долгое время сохраняются в США и многих странах Западной Европы, а в Италии, Англии и Австралии эти показатели ниже и находятся в пределах 5,9-3,1 на 100000 населения. В таких странах как Польша, Румыния, Монголия, Япония (исключая районы Хиросимы и Нагасаки), Турция отмечается низкая смертность (ниже 3,0 на 100000 населения). Смертность от лейкозов и гемобластозов в бывшем СССР за последние 40 лет оставалась практически на одном уровне: в 1958 г. она составляла 6,3, а в 1988 г. - 6,4 на 100000 городского населения (данные отдела медицинской статистики Министерства здравоохранения СССР и Института онкологии АМН СССР, 1991).

В Таджикистане особенности распространения лейкозов, к сожалению, не исследованы. Проведение подобных работ в стране особенно востребовано, поскольку отсутствуют уточнённые данные о заболеваемости и смертности от лейкозов, не изучена роль этнических, наследственных, климато-географических и экологических факторов в возникновении и развитии лейкемий.

Целью работы является исследование заболеваемости лейкозами в регионах Таджи-

кистана: Горно-Бадахшанской области, Согдийской, Хатлонской областях, г. Душанбе и районах республиканского подчинения за период с 2000 по 2007 гг.

Материал и методы. Сведения о больных были собраны нами в лечебных учреждениях: центральных районных больницах (включая поликлиники и онкологические кабинеты), городских и районных поликлиниках и больницах, в том числе в детских и ведомственных медицинских учреждениях. В лечебных учреждениях была изучена различная медицинская документация: амбулаторные карты, контрольные карты диспансерного наблюдения, журналы госпитализации больных, истории болезни, карты выбывших из стационара, протоколы вскрытия, извещения о больном с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования (в частности, лейкоза). С целью получения полной информации нами была разработана карта больного лейкемией. Для подтверждения и установления формы лейкоза проводилось исследование костно-мозгового пунктата (миелограмма) с постановкой цитохимических реакций для определения формы лейкемии.

Результаты и их обсуждение. Изучение заболеваемости населения различных регионов Таджикистана показало, что за период с 2000 по 2007 гг. в республике впервые зарегистрировано 1049 случаев лейкемии (табл. 1), в том числе больных вновь зарегистрированны-

Таблица 1

Распространённость лейкемии в Таджикистане (2000-2007 гг.)

Годы		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Всего
Всего		125	103	97	105	82	197	183	157	1049
Форма	Острая	90	67	60	60	65	125	122	107	696
	Хроническая	35	36	37	45	17	72	61	50	353
Место жительство	Город	68	37	34	37	26	94	70	57	423
	Село	57	66	63	68	56	103	113	100	626
Пол	Мужчины	66	61	52	56	47	118	109	81	590
	Женщины	59	42	45	49	35	79	74	76	459
Возрастной диапазон, лет	до 4	16	8	6	6	10	17	19	15	97
	5-9	13	9	4	5	10	22	17	13	93
	10-14	15	10	11	10	13	26	14	10	109
	15-19	5	7	9	9	5	14	21	22	92
	20-29	22	16	17	15	14	21	27	21	153
	30-39	23	10	13	19	6	23	21	28	143
	40-49	9	18	12	13	9	29	25	21	136
	50-59	10	15	13	19	10	27	23	15	132
	60-69	5	8	6	5	2	10	12	12	60
	70-80	7	2	6	4	3	8	4	0	34
Национальность	Таджики	106	77	71	90	66	170	139	109	828
	Узбеки	15	24	19	12	15	24	44	48	201
	Русские	4	2	7	3	1	3	0	0	20

Таблица 2

Заболеваемость лейкозами по регионам Таджикистана (2000-2007 гг.)

Год	Показатели заболеваемости	ГБАО	Согдийская область	Хатлонская область	г.Душанбе	РРП	Всего
2000	население, тыс. чел.	208,5	1900,4	2196,6	575,9	1368,6	6250,0
	абс.знач.	1	49	17	33	25	125
	на 100000	0,48	2,58	0,77	5,73	1,83	2,00
2001	население, тыс. чел.	210,7	1930,2	2243,5	589,4	1401,7	6375,5
	абс.знач.	-	47	22	23	11	103
	на 100000	-	2,43	0,98	3,90	0,78	1,62
2002	население, тыс. чел.	213,2	1962,4	2293,0	604,0	1433,9	6506,5
	абс.знач.	-	38	19	16	24	97
	на 100000	-	1,94	0,83	2,65	1,67	1,49
2003	население, тыс. чел.	215,7	1992,5	2344,6	619,4	1467,7	6639,9
	абс.знач.	-	38	23	19	25	105
	на 100000	-	1,91	0,98	3,07	1,70	1,58
2004	население, тыс. чел.	217,9	2027,8	2404,1	631,7	1498,9	6780,4
	абс.знач.	1	35	16	9	21	82
	на 100000	0,46	1,73	0,67	1,42	1,40	1,21
2005	население, тыс. чел.	218,4	2060,9	2463,3	646,4	1531,3	6920,3
	абс.знач.	2	61	52	35	47	197
	на 100000	0,92	2,96	2,11	5,41	3,07	2,85
2006	население, тыс. чел.	220,4	2095,7	2519,6	660,9	1567,2	7063,8
	абс.знач.	1	60	50	28	44	183
	на 100000	0,45	2,86	1,98	4,24	2,81	2,59
2007	население, тыс. чел.	223,3	2133,3	2584,1	672,5	1601,7	7215,0
	абс.знач.	-	58	47	21	31	157
	на 100000	-	2,72	1,82	3,12	1,94	2,18
Всего	абс.знач.	5	386	246	184	228	1049
	на 100000	0,29	2,40	1,29	3,68	1,92	1,95

ми острыми лейкозами 696 или 66,3% от общего числа лейкозов и 353 (33,7%) больных с вновь зарегистрированными хроническими лейкозами (табл. 2). Заметен резкий рост числа заболеваний к концу периода наблюдения - в 2005-2007 гг.

Годовые показатели заболеваемости лейкемией в стране за период 2000-2007 гг. колебались от 1,21 до 2,85 на 100 000 населения и в среднем составляли 1,95 на 100 000 населения в год (рис. 1).

Среди лейкозов часто встречаются острые лейкозы, составляющие 696 случаев или

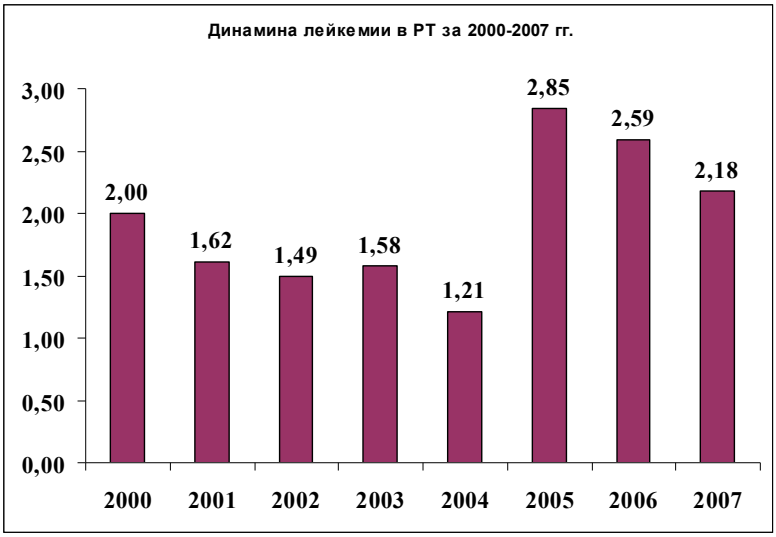

Рис.1. Распространённость лейкемии в Таджикистане (2000-2007 гг.) в расчёте на 100 тыс.населения.

Таблица 3

Структура заболеваемости острыми формами лейкозов в Таджикистане (2000-2007 гг.)

Нозологическая единица	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Всего	
									абс.	‰
Острый лейкоз	38	27	25	21	15	39	41	45	251	0,47
Острый лимфо-бластный лейкоз	30	20	18	25	39	63	64	39	298	0,55
Острый миело-бластный лейкоз	20	15	15	13	9	21	14	21	128	0,24
Острый промиелоцитарный лейкоз	-	-	1	-	-	-	-	-	1	0,002
Острый недифференцируемый лейкоз	2	4	-	1	1	-	1	1	10	0,02
Эритролейкоз	-	1	1	-	1	1	1	-	5	0,01
Острый малопроцентный лейкоз	-	-	-	-	-	1	1	1	3	0,01
Всего острых лейкозов	90	67	60	60	65	125	122	107	696	1,29

66,3% от общего числа случаев лейкозов (1049), зарегистрированных за исследуемый период. Анализ структуры лейкозов показывает, что среди острых форм заболевания преобладает острый лимфобластный лейкоз (298 случаев или 0,55 на 100 тыс. населения) и собственно острый лейкоз (251 случай или 0,47 на 100 тыс. населения) (табл. 3).

Острый лейкоз наиболее распространён у лиц в возрастном диапазоне 20-29 лет - 116 случаев, а наименьшее - в возрастном диапазоне свыше 70 лет (4 случая) (рис. 2).

Из общего числа впервые выявленных больных лейкозами в 2000-2007 гг. 423 - жители города, 626 - жители села. В динамике за исследуемый период отмечается почти двукратное

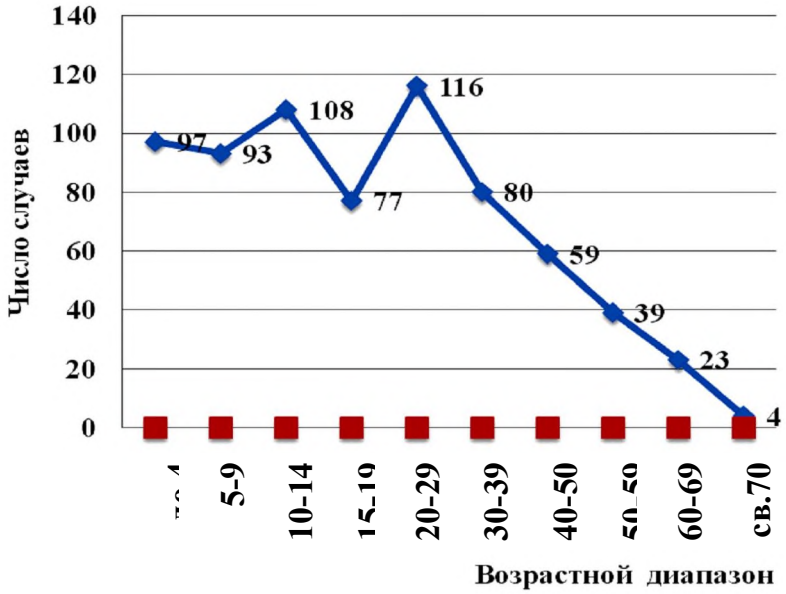

Рис.2. Распределение острых лейкозов по возрастным диапазонам (2000-2007 гг.)

Таблица 4

Структура заболеваемости хроническими формами лейкоза в Таджикистане

Нозологическая единица	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Всего	
									абс.	‰
Хронический миелолейкоз	22	31	24	35	12	47	42	42	255	0,47
Хронический лимфолейкоз	13	5	8	7	3	21	11	5	73	0,14
Эритремия	-	-	-	-	1	-	2	1	4	0,01
Миеломная болезнь	-	-	4	1	-	1	2	1	9	0,02
Остеомиелосклероз	-	-	1	2	1	3	4	1	12	0,02
Всего хронических лейкозов	35	36	37	45	17	72	61	50	353	0,66

увеличение числа больных, проживающих в сельской местности - от 57 случаев в 2000 г. до 113 случаев в 2006 г.

Всего в исследуемые годы (2000-2007) в республике зарегистрировано 353 больных хроническим лейкозом (33,7% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний лейкозами) за этот период или 0,66 на 100 тыс. населения. Среди хронических лейкозов наибольшую распространённость имеют хронический миелолейкоз и хронический лимфолейкоз и остеомиелосклероз, а миеломная болезнь и эритремия встречаются редко (табл.4).

Наибольшее число заболеваний хроническими лейкозами приходится на возрастной диапазон 50-59 лет (93 случая), в возрастном диапазоне до 14 лет это заболевание встречается исключительно редко (1 случай в 2005 г. - 12 летний ребёнок) (рис. 3).

По результатам наших исследований выявлено, что заболевание чаще всего встречается среди лиц европейской национальности, реже всего - у лиц узбекской национальности, что согласуется с литературными данными [1].

Рис.3. Распределение хронических лейкозов по возрастным диапазонам (2000-2007 гг.)

Выводы. Таким образом, углублённое изучение заболеваемости лейкозами и другими гемобластозами в Таджикистане позволило выявить ряд популяционных и географических особенностей их распространения. Лейкоз в Таджикистане в период 2000-2007 гг. был распространён неравномерно. Наибольшее число случаев наблюдается в 2005 г. (197). Среди них наибольшее распространение получили острые лейкозы, которыми заболевают лица в возрастном диапазоне 20-29 лет. Хронические лейкозы распространены среди населения в возрасте 50-59 лет. Лейкоз больше всего распространён среди русских (5,11 на 100 000 населения), далее следуют таджики (2,10 на 100 000 населения) и узбеки (1,42 на 100 000 населения).

В эпидемиологическом плане перспективными представляются исследования, направленные на изучение взаимосвязей заболеваемости различными формами лейкозов с демографическими, социально-гигиеническими, экологическими, физико-географическими и другими факторами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов И.С. Материалы к статистике лейкозов: Автореф. канд. дисс. –М., 1973
2. Воробьёв А.И., Бриллиант М.Д., Савченко В.Г. Острые лейкозы // Руководство по гематологии. Изд. 3 перер. и дополн. Т.1. - М., Ньюдиамед. - 2002. - С. 175-235
3. Fenaux P., Chastang C, Chomienne C. et al. Tretinoin with chetherapy in newly diagnosed acute promielocityc leukemia // Lancet. - 1994. - Vol. 343. - P.1033
4. Paul M., Sanders G., Ruggiero F. Et al. Chronic Hepatitis C virus infection in Leuemia Surivivors: Prevalence, Viral Load, and Severely of Liver Disease // Blood. - 1999. - Vol. 93, N 11. - P. 3672-3677
5. Schumacher A. Quality of life in patients with acute myeloid leukemia // Medizinische Klinik. - 1994. - Vol. 89, N8. - P. 410-415

ХУЛОСА

Хусусиятҳои вогирии сафедхунии аҳолии Тоҷикистон дар солҳои 2000 – 2007

М.К. Раҳматов, Ф.И. Одинаев, Ш.Ф. Одинаев

Бемории сафедхунӣ дар Тоҷикистон солҳои 2000 - 2007 номутаносиб паҳн шуда буд. Шумораи зиёдтари ин беморӣ дар соли 2005 (197 ҳодисаҳо) мушоҳида шудааст. Байни бемориҳои сафедхунӣ зиёдтар сафедхунии шадид паҳн шудааст, ки бештар беморони 20 – 29 сола гирифто-

ри ин мегарданд. Сафедхунии музмин бошад, байни беморони 50-59 сола паҳн шудааст.

Сафедхунӣ дар Тоҷикистон бештар дар байни русҳо (5,11 аз 100 000 нафар аҳолӣ), тоҷикон (2,10) ва ӯзбекон (1,42) паҳн шудааст.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF LEUCOSIS IN THE POPULATION OF TAJIKISTAN IN 2000-2007

M.K. Rahmatov, F.I. Odinaev, Sh.F. Odinaev

Leucosis at Tajikistan in 2000-2007 was expanded unevenly. Maximum of patients with leucosis was in year 2005: 197 cases. And the most was acute leucosis in persons of 20-29 years, and chronic leucosis is in persons of 50-59 years. The most often leucosis was in Russians (5,11 on 100000), then Tajiks (2,10) and Uzbeks (1,42).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НА ОТЯГОЩЁННОМ ПРЕМОРБИДНОМ ФОНЕ

Л.А.Бабаева, О.Ф.Хайдарова, А.К.Маджидов

Кафедра пропедевтики детских болезней ТГМУ

Актуальность. Заболевания органов дыхания у детей – одна из ведущих проблем современной педиатрии. Дети с частыми заболеваниями органов дыхания составляют одну из самых больших групп риска в плане развития хронических форм бронхолёгочной патологии. Это связано со значительной их частотой во все периоды жизни ребёнка, тяжестью течения и возможностью неблагоприятных исходов, особенно у детей раннего возраста (2,4). В последние годы наблюдается тенденция к учащению случаев синдрома бронхиальной обструкции при патологии бронхолёгочной системы у детей раннего возраста. Обструктивный бронхит и бронхиолит - две близкие по клинической картине и патогенезу формы бронхитов, представляют собой проявления различных вирусных инфекций. Тяжесть нарушения дыхательной функции при этих формах ставит их в ряд важнейших проблем патологии детей первых месяцев и лет жизни (3).

Течение бронхитов у детей раннего возраста в значительной мере зависит от преморбидного фона. Важная роль этого фактора в развитии большинства заболеваний у детей раннего возраста подтверждена рядом значительных исследований. Особенно это характерно для заболеваний респираторной системы (1).

Цель исследования - изучение особенностей течения острых бронхитов у детей грудного возраста на отягощённом преморбидном фоне.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 112 детей, из них с острым бронхитом – 44 больных (39%), с обструктивным бронхитом – 56 больных (48%), с бронхиолитом – 12 больных (13%). Проведён ретроспективный анализ историй болезней детей раннего возраста с острыми бронхитами на отягощённом преморбидном фоне.

Результаты и их обсуждение. Из 112 обследованных 25 детей страдали аллергическими диатезами, что составляет 22%. Ведущей причиной развития аллергического проявления на коже служила пищевая аллергия. В анамнезе у этих детей обращает на себя внимание следующее: ранний перевод на искусственное вскармливание, нерациональное избыточное кормление, нерациональное питание матери, наследственный фактор и также перенесённые ребёнком забо-

ри ин мегарданд. Сафедхунии музмин бошад, байни беморони 50-59 сола паҳн шудааст.

Сафедхунӣ дар Тоҷикистон бештар дар байни русҳо (5,11 аз 100 000 нафар аҳолӣ), тоҷикон (2,10) ва ӯзбекон (1,42) паҳн шудааст.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF LEUCOSIS IN THE POPULATION OF TAJIKISTAN IN 2000-2007

M.K. Rahmatov, F.I. Odinaev, Sh.F. Odinaev

Leucosis at Tajikistan in 2000-2007 was expanded unevenly. Maximum of patients with leucosis was in year 2005: 197 cases. And the most was acute leucosis in persons of 20-29 years, and chronic leucosis is in persons of 50-59 years. The most often leucosis was in Russians (5,11 on 100000), then Tajiks (2,10) and Uzbeks (1,42).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НА ОТЯГОЩЁННОМ ПРЕМОРБИДНОМ ФОНЕ

Л.А.Бабаева, О.Ф.Хайдарова, А.К.Маджидов

Кафедра пропедевтики детских болезней ТГМУ

Актуальность. Заболевания органов дыхания у детей – одна из ведущих проблем современной педиатрии. Дети с частыми заболеваниями органов дыхания составляют одну из самых больших групп риска в плане развития хронических форм бронхолёгочной патологии. Это связано со значительной их частотой во все периоды жизни ребёнка, тяжестью течения и возможностью неблагоприятных исходов, особенно у детей раннего возраста (2,4). В последние годы наблюдается тенденция к учащению случаев синдрома бронхиальной обструкции при патологии бронхолёгочной системы у детей раннего возраста. Обструктивный бронхит и бронхиолит - две близкие по клинической картине и патогенезу формы бронхитов, представляют собой проявления различных вирусных инфекций. Тяжесть нарушения дыхательной функции при этих формах ставит их в ряд важнейших проблем патологии детей первых месяцев и лет жизни (3).

Течение бронхитов у детей раннего возраста в значительной мере зависит от преморбидного фона. Важная роль этого фактора в развитии большинства заболеваний у детей раннего возраста подтверждена рядом значительных исследований. Особенно это характерно для заболеваний респираторной системы (1).

Цель исследования - изучение особенностей течения острых бронхитов у детей грудного возраста на отягощённом преморбидном фоне.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 112 детей, из них с острым бронхитом – 44 больных (39%), с обструктивным бронхитом – 56 больных (48%), с бронхиолитом – 12 больных (13%). Проведён ретроспективный анализ историй болезней детей раннего возраста с острыми бронхитами на отягощённом преморбидном фоне.

Результаты и их обсуждение. Из 112 обследованных 25 детей страдали аллергическими диатезами, что составляет 22%. Ведущей причиной развития аллергического проявления на коже служила пищевая аллергия. В анамнезе у этих детей обращает на себя внимание следующее: ранний перевод на искусственное вскармливание, нерациональное избыточное кормление, нерациональное питание матери, наследственный фактор и также перенесённые ребёнком забо-

левания как аллергический ринит, повышенная склонность к рецидивированию бронхиальной обструкции при очередных респираторных вирусных инфекциях, упорные диспепсии, а также аллергические реакции на введение различных медикаментозных средств и вакцинацию. Аллергические проявления в основном наблюдались в группе больных обструктивным бронхитом и бронхиолитом, и заболевание наиболее тяжело протекало у детей на фоне хронического расстройства питания по типу паратрофии, что наблюдалось у 13% обследованных (15 детей). Почти у всех больных заболевание начиналось остро, с возникновением катаральных явлений в верхних дыхательных путях, вслед за которыми быстро развивалась клиническая картина. В стационар дети поступали в среднем на 5-6 день заболевания.

Обструктивный синдром клинически проявлялся навязчивым кашлем, одышкой смешанного характера, с преобладанием экспираторной одышки, участием в дыхании вспомогательной мускулатуры, иногда шумным дыханием с затруднённым свистящим выдохом, цианозом носогубного треугольника, вздутием грудной клетки, коробочным оттенком перкуторного звука, обилием разнокалиберных влажных и рассеянных сухих свистящих хрипов в лёгких. Причём явления обструкции дольше держались при наличии аллергического диатеза и хронического расстройства питания по типу паратрофии и уменьшались к концу недели, а при чистом обструктивном бронхите улучшение отмечалось на 2-3 день заболевания. Температурная реакция была более продолжительной, т.е. в течение 4-5 дней и отмечалась при наличии неблагоприятного фона, в то время как при обструктивном бронхите держалась в течение 2-3 дней.

Изменения деятельности сердечно-сосудистой системы наблюдались у детей с бронхиолитом и выражались в появлении тахикардии, приглушения тонов сердца. У небольшого числа больных определялось увеличение печени. Общий анализ крови у 25 детей выявил анемию; СОЭ изменялось незначительно или отмечалось ускорение СОЭ до 18 – 35 мм/час. При рентгенологическом исследовании грудной клетки, как правило, отмечалось вздутие лёгочной ткани, усиление сосудистого рисунка и отсутствие очагов воспалительной инфильтрации.

В лечении дети получали: бронхолитики, по показаниям - ферментную терапию, физиолечение; одним из решающих факторов в комплексном лечении больных пищевой аллергией была диетотерапия с исключением из рациона высокобелковых продуктов (молоко, творог, кефир, рыба, яйца и другие). При бронхиолите при тяжёлых состояниях, протекающих с длительной высокой лихорадкой, с осложнением в виде гнойного отита, гайморита, в лечение подключалась антибактериальная - в течение 5-7 дней и дезинтоксикационная терапия на 2-3 дня. Лечение оказалось эффективным у всех больных. При оценке его эффективности мы исходили из особенностей клинического течения заболевания и нормализации функций поражённых органов и систем. Показателями клинического улучшения и выздоровления служили время нормализации температуры, улучшения общего состояния, исчезновения патологических изменений в лёгких (объективно и рентгенологически), нормализация СОЭ в анализе крови, а также нормализация функций нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Продолжительность острого бронхита составила 7-10 дней, обструктивного - 7-12 дней, бронхиолита – две недели, причём при наличии неблагоприятного преморбидного фона заболевание протекало более продолжительно.

Выводы. 1.Течение бронхитов у детей раннего возраста в значительной мере зависит от преморбидного фона.

2. Проявления аллергического диатеза встречались в основном при обструктивном синдроме и наиболее тяжело протекали при хроническом расстройстве питания по типу паратрофии.

3. С целью профилактики необходимо правильное рациональное питание детей и кормящих матерей, а также закаливающие процедуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Детские болезни. -М., -2001.-С. 208 – 218
2. Волков И.В. Лечение хронических заболеваний лёгких у детей. Педиатрия. -2007,-№ 1
3. Сыромятникова Н.В., Гончарова В.А. Пульмонология. -1993. - № 2.
4. Шабалов Н.П. Детские болезни. -М. -2004.-Том 1

ХУЛОСА

Хусусиятҳои ҷараёни бронхити шадиди кӯдакони ширмак дар заминаи преморбиди вазниншуда

Л.А. Бобоева, О.Ф. Ҳайдарова, А.К. Маҷидов

Таҳлили тарҷеии 112 таърихи бемории кӯдакони синни хурди гирифтори бронхити шадид гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки ҷараёни бронхитҳо дар кӯдакони синни хурд аз заминаи преморбидӣ вобаста аст. Ин беморӣ дар заминаи носозии музмини ғизо бо тарзи паратрофӣ нисбатан вазнин гузаштааст.

Таҳлили гузаронишуда ба зарурияти гузаронидани чорабиниҳои пешгирикунанда дар шакли ба кӯдакон ва модарони ширдеҳ додани ғизои дуруст ва таъбирҳои обутобдиҳиро зарур мешуморад.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF ACUTE BRONCHITIS IN SUCKINGS WITH HEAVY PREMORBID

L.A. Babaeva, O.F. Haidarova, A.K. Majidov

Retrospective analysis of 112 patient histories in suckings with acute bronchitis, obstructive bronchitis and bronchiolitis was made. The results showed that the progress of bronchitis in children of yearly age depends on premorbid. The most heavy disease was under chronic disnutrution in type paratrophy. The analysis indicates on necessity of prophylactic measures as rational nutrition of children and mothers, and physical trainings.

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВНУТРИСАЛОННОЙ ТРАВМЫ ПРИ СГОРАНИИ АВТОТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ

С.А. Якунин, З. К. Хушкадамов, О.Т. Девонаев
ГУЗ «Тверское областное Бюро судебно-медицинской экспертизы»;
кафедра судебной медицины Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова;
кафедра анатомии человека ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В связи с ростом количества автомобилей увеличивается число случаев их возгораний и связанной с этим смертностью. Так, только в г. Москве за год наблюдается более 300 случаев частичного или полного сгорания автомобилей. Вопросам судебно-медицинской оценки автомобильной ожоговой травмы посвящено множество публикаций. Тем не менее, особенности сгорания автотранспортных средств и внутрисалонной ожоговой травмы освещены недостаточно.

Анализ ГИБДД РФ показывает, что около 90% случаев возгорания автотранспортных средств обусловлены не поджогами, а их самовозгоранием. В большинстве случаев самовозгорание связано с техническими неполадками автомобилей. В связи с этим, основные фирмы-производители ежегодно отзывают большие партии произведённых автомобилей. Так, фирма Ford из-за участившихся случаев самовозгорания в 2008 г. отозвала 500 тыс. автомобилей, General Motors - 423 тыс. внедорожников, Isuzu - 110 тыс. грузовиков, Honda - 117 тыс. минивэнов Odyssey, а Bentley - 13,5 тыс., выпущенных в продажу легковых автомобилей.

Цель исследования: поиск, обобщение и анализ данных об особенностях возгорания автомобилей с последующей судебно-медицинской оценки потерпевших лиц.

Материалы и методы исследования. Поиск данных осуществлялся по сети Интернет, на официальном сайте ГИБДД МВД РФ, информационном портале Autonews.ru.

Все причины, по которым в автомобиле может начаться пожар, условно можно разделить на четыре группы: связанные с неисправностью систем и деталей автомобиля (техническая неисправность, 73%); связанные с деятельностью человека («человеческий фактор», 9%); природные (1%) и оставшиеся, связанные с дорожно-транспортными происшествиями.

Чаще всего загорается электропроводка (57%), топливо (29%), реже - обивка (8 %), техническая жидкость (4%), шины (2%).

По статистике примерно в 67% случаев наступление смерти пострадавших было обусловлено быстрым распространением пламени (51%) или бессознательным состоянием человека (16%), наступившим вследствие дорожно-транспортного происшествия или вдыхания продуктов сгорания. Примерно 45% выживших при пожаре лиц получали повреждения при попытке потушить пламя, а 21% пострадали во время эвакуации из горящего автомобиля.

Машина воспламеняется неожиданно, иногда даже во время движения. При этом далеко не всегда водитель и пассажиры успевают почувствовать запах гари. Если в первые 2-3 минуты ничего не предпринять, машина как правило, полностью выгорает за последующие 15-20 минут. Вследствие такого короткого промежутка времени, полное обугливание трупа наблюдается чрезвычайно редко. Выполненный нами ретроспективный анализ «Заключений эксперта» за 2001-2007 годы показал, что наиболее повреждаемыми частями тела являются дистальные сегменты конечностей. Поэтому в подавляющем числе случаев возможно установление причины смерти, которой, как правило, является отравление продуктами горения или угарным газом.

При аварии машина загорается редко. Но, когда повреждены элементы системы питания, пожар не исключён, причём как в момент происшествия, так и в последующем. Статистика показывает, что при аварии автомобиль загорается лишь в одном случае из ста - при повреждении бензобака или топливной системы. Во всех остальных случаях пожар начинается из-за нарушения простых правил пожарной безопасности.

Сгорание автомобиля проходит в несколько этапов. Первый этап соответствует развитию горения из сравнительно небольшого очага до общего воспламенения в объёме салона. Длительность этого периода - от нескольких секунд (при наличии открытых дверей и сильного источника возгорания), до нескольких минут. Иногда его длительность может достигать нескольких часов, например, при тлеющем малокалорийном источнике возгорания и в ограниченных условиях газообмена. Устойчивое горение в салоне автомобиля происходит даже при закрытых дверях и окнах. При этом среднеобъёмная температура с течением времени достигает такой величины, при которой происходит разрушение стёкол салона. После этого процесс распространения пожара значительно ускоряется. Вследствие притока воздуха, в течение 3-5 минут происходит воспламенение горючих материалов всего салона.

Горящие расплавленные массы начинают стекать в нижнюю часть салона, чем и обусловлено наиболее сильное повреждение дистальных сегментов конечностей. При наличии в автомобиле легковоспламеняющихся и горючих жидкостей (канистры с бензином, маслом, антифризом, стеклоочистителем и т. д.), скорость распространения пожара и его интенсивность увеличивается в несколько раз.

Во время второго этапа практически с постоянной скоростью сгорает основная часть горючего материала (до 80%). Среднеобъёмная температура повышается до максимального значения. Как показывает практика, второй период развития пожара в салоне автомобиля длится от 10 до 20 минут.

Третьим является этап затухания пожара. Происходит медленное догорание угольного остатка, температура пожара снижается.

Результаты и их обсуждение. Особенности ожоговой травмы, полученной при сгорании автомобиля в результате дорожно-транспортного происшествия, вносят существенные затруднения в решение вопроса о лице, управлявшим автотранспортным средством в момент ДТП. Сильный первичный удар при ДТП и значительная концентрация токсичных продуктов горения, образующаяся при быстром возгорании всего ограниченного пространства салона автомобиля, вызывают быструю потерю сознания у находящихся в нём лиц. Вследствие последующего быстрого сгорания небольшого по объёму салона, препятствующего перемещению, водитель и пассажир переднего сиденья находятся на местах, которые они занимали на момент потери сознания. В этих случаях вопрос о лице, управлявшим автотранспортным средством в момент ДТП, не вызывает сомнений. Покидание находящимся в сознании водителем легкового автомобиля, и (или) возгорание автотранспортного средства значительных габаритов, допускающих свободное перемещение в салоне, вносит трудности в решение вопроса о его местонахождении. Наиболее тяжёлое поражение конечностей ведёт к уничтожению локальных следов, отражающих расположение потерпевших в салоне в момент ДТП, их позу и направление смещения. Как известно, у водителя такими следами являются контуры и следы скольжения от педали тормоза на правом ботинке, раны и ссадины на тыльной поверхности и первом межпальцевом промежутке кисти, повреждения в области левого локтевого сустава. У пассажира переднего сиденья это повреждение носовой части обуви, раны и ссадины основания ладони и нижней части предплечья правой руки. Полное сгорание автомобиля делает бесполезным использование данных автотехнических экспертиз и невозможным производство медико-трансологического исследования по соотношению телесных повреждений с выступающими частями салона и их повреждениями. Это также значительно усложняет решение вышеуказанного вопроса.

Таким образом, необходима разработка статистически значимых морфологических критериев первичных локальных повреждений туловища и проксимальных отделов конечностей. Новым подходом для решения этой проблемы мы считаем использование данных пожаротехнических экспертиз. Возможно, что соотношение расположения очага возгорания или наиболее сгоревшей части салона с локализацией ожогов на теле потерпевшего, окажет помощь при решении вопроса о человеке, управлявшим транспортным средством в момент дорожно-транспортного происшествия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алпатов И.М., Никитина Е.В. Принципы подхода к медико-криминалистическим и биомеханическим исследованиям при экспертизе автомобильной травмы // Журн. «Судебно-медицинская экспертиза». М., 2002, №3.-С.10-12

2. Ардашкин А.П. Повреждения локтевых областей при травме внутри автомобиля//Журн. «Судебно-медицинская экспертиза».М., 1984, №4. -С.23-24

3. Бастуев Н.В. О переломах грудины при несмертельной внутрисалонной автомобильной травме // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Новосибирск, 2000, вып.5. - С.90-92

4. Витер В.И., Пермяков А.В., Акбашев В.А. Библиографический указатель работ по судебной медицине (1996-2000).Ижевск: Изд-во «Экспертиза», 2002

5. Гедыгушев И.А., Ростошинский Э.Н. О методике проведения комплексных медико-автотехнических экспертиз при установлении местонахождения лиц в салоне автомобиля //Журн. «Судебно-медицинская экспертиза». М., 1994, №4 - С.7-10

6. Иванов В.К. Установление места нахождения водителя и пассажира, пристёгнутых ремнями безопасности в момент дорожно-транспортного происшествия//Журн. «Судебно-медицинская экспертиза».М., 1995, №1.- С.27-28

7. Илларионов В.А. Экспертиза дорожно-транспортных происшествий. М., «Транспорт», 1989

8. Молин Ю.А. Типичные недостатки в экспертизе смертельной автотранспортной травмы // Материалы III Всероссийского съезда судебных медиков. Ч.1. Саратов,1992.-С.62-66

9. Паньков М.В. Практические рекомендации для проведения судебно-медицинской экспертизы в случаях определения места расположения пострадавших при автомобильной травме // Актуальные вопросы судебной и клинической медицины. Ханты-Мансийск, 2002, вып.6.- С.92

10. Сидоров Ю.С. Повреждение внутренних органов человека при различных типах столкновений автомобилей // Вопросы судебной медицины? Сб. научных трудов. М.,1994.-С.14-17

11. Суворов Ю. Б. Судебная дорожно-транспортная экспертиза. Технико-юридический анализ причин дорожно-транспортных происшествий и причинно-действующих факторов. М., ПРИОР,1998

12. Швец А.И. Установление местонахождения пострадавших внутри автомобиля при его столкновении или опрокидывании с использованием элементов теории вероятностей // Автореф. канд. дисс., М.,1990

ХУЛОСА

Хусусиятҳои экспертизаи судӣ-тиббии осеби дохилимошинӣ ҳангоми сӯхтани воситаҳои нақлиёт

С.А. Якунин, З.Х. Хушқадамов, О.Т. Девонаев

Дар мақола таҳлили хусусиятҳои сӯхтори воситаҳои нақлиёт, сабабҳо, марҳалаҳои сӯхтор, давомнокии он, инчунин экспертизаи судӣ-тиббии осеби дохилимошинӣ ва он мушкилиҳое, ки дар ҳалли баъзе масъалаҳои экспертизавӣ алоқаманд мебошанд, оварда шудааст.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF FORENSICS OF MOTOR SHOW TRAUMA UNDER COMBUSTION OF MOTORS

S.A. Yakunin, Z.H. Hushkadamov, O.T. Devonaev

The date is the review with the analysis of peculiarities of combustion of motors, causes, phases and duration of combustion, and forensics of motor show traumas and difficulties under the examination by experts.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Н.И. Мустафакулова
Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ

Актуальность. В настоящее время каждому врачу понятно, как много дают лабораторные методы исследования. Современный диагноз немыслим без лабораторных исследований.

Нарушения метаболических процессов в организме сопровождают почти любое отклонение от нормы, однако во многих случаях, мы недооцениваем и не улавливаем возникновения промежуточного этапа между предболезнью, началом заболевания и ранними патофизиологическими изменениями, происходящими в организме, которые ещё не выявляются самыми современными лабораторными исследованиями (2).

Мы пытаемся изучить те или иные патофизиологические процессы, происходящие в нашем организме (состояния гемостаза, нарушения обмена аминокислот, билирубина, углеводов, липидов, пуринов, ферментов и т.д.), но не задумываемся о том, что за каждым патофизиологическим процессом кроется, прежде всего биохимическая и конституциональная индивидуальность человека. Во многих случаях в научных исследованиях мы встречаем отдельное рассмотрение тех или иных функциональных нарушений органов и систем, метаболических изменений.

Слепое пристрастие к мнениям других и учёное высокомерие зачастую приводят к отрицанию индивидуального и системного подхода к диагностике и терапии заболеваний. Изолированное рассмотрение состояния органов и систем и метаболического обмена приводит к ложному представлению о действительности. Ведь организм человека – это единое целое, а не набор органов и систем.

Современный врач должен разбираться в связи между обменом веществ и болезнями, представлять себе биохимическую индивидуальность каждого человека в отдельности, его патофизиологию и отношение к клиническим нарушениям. Только путём таких исследований удаётся узнать о некоторых категориях болезни и поставить точный диагноз. В ряде случаев правильно и вовремя начатая терапия уже приводит к излечению (5).

Совокупность физиологических, биохимических, морфологических и иммунологических особенностей организма определяет тот или иной тип конституции, сложившийся на основе наследственных и приобретённых свойств, которые определяют своеобразие реакции организма на внешние и внутренние раздражители, причём её наиболее информативными показателями служат типологические особенности нервной системы и вегетативный тонус (3).

Мы предлагаем рассматривать фенотипические особенности больных бронхиальной астмой с позиции их конституциональной индивидуальности.

На практике это выглядит следующим образом: первое, на что врач должен обратить внимание, – это внешние (фенотипические) особенности пациентов, далее – тип нервной системы (ТНС), который складывается из психо-нейро-гемато-иммунно-реологических соотношений.

Целью настоящего исследования является изучение фенотипических, клинических, психологических и метаболических особенностей больных бронхиальной астмой (БА) на основе анализа типов нервной системы.

Материал и методы исследования. За период с 2000 по 2007 гг. под наблюдением находились 730 больных с БА, в возрасте от 17 до 67 лет. Среди них мужчин было 275 (37,6%), женщин 455 (62,3%).

ТНС определяли по методу Е.П.Ильина (1972). Контрольную группу составили 300 здоровых лиц. Психологическое исследование было направлено на изучение личности больного по многофазному опроснику MMPI. Всем больным по показаниям проводилось клинико-лабораторное, в том числе, инструментальное исследование.

Результаты и их обсуждение. Из 730 больных БА 430 (58,9%) отличались сильным, инертным, уравновешенным (СИУ) ТНС, 173 (23,6%) - сильным, неуравновешенным, подвижным (СПН) ТНС, 127 (17,3%) - «слабым» ТНС.

Определение ТНС показало, что больные с СИУ ТНС характеризовались медлительностью,

задумчивостью, молчаливостью, недооценивали тяжесть своего состояния. Приступы удушья возникали при контакте с холодовым фактором во всех случаях. Ухудшение процесса возникало в 97% случаев зимой. Они отличались упитанным телосложением и гиперстенической конституцией (100%), в 83% случаях была выявлена склонность к артериальной гипертензии, у всех больных обнаружены заболевания гепатобилиарной системы; колиты в 81% случаях, панкреатиты (32%).

Исследование гематологических показателей и гемостаза больных БА с СИУ ТНС показало, что у 63% больных встречался симптоматический эритроцитоз, связанный не только с кислородным голоданием костного мозга, но и с увеличением вязкости крови. Одновременно с увеличением вязкости крови было найдено достоверное увеличение гематокрита (противотромбиновый индекс 115±3,4 гематокрит 0,70±0,04; фибриноген 0,68±0,14, тромбоциты 390±20, толерантность плазмы к гепарину 446±117). При этом наибольшее увеличение вязкости крови и гематокрита отмечено у больных тяжёлой формой БА и при наличии лёгочного сердца, обострении хронической пневмонии, гипертонической болезни. Наряду с увеличением вязкости крови и гематокрита у больных БА с СИУ ТНС обнаружено повышение агрегации тромбоцитов, что в практическом отношении является плохим прогностическим признаком.

Исследование биохимических анализов крови показали наличие гиперлипидемии и гиперхолестеринемии у 67%, гипернатриемия у 77% больных СИУ ТНС (от 112 до 115,7 ммоль/), что подтверждает склонность этой категории лиц к развитию отёчного синдрома и ожирения.

Исследование показателей клеточного и гуморального иммунитета в зависимости от ТНС у больных БА показало, что у лиц с СИУ ТНС гораздо чаще отмечается понижение общего уровня Т-лимфоцитов ($p<0,001$), Т-хелперов ($p<0,05$), Т-супрессоров ($p<0,01$) и повышение показателей гуморального иммунитета - сывороточных JgG ($p<0,05$), JgE ($p<0,01$), ЦИК ($p<0,001$), В-лимфоцитов ($p<0,05$). Содержание А и J увеличивается от исходного уровня в 4 раза, содержание ЦИК увеличено по сравнению с другими типам больных, страдающих БА и НД. Содержание иммуноглобулинов у больных БА повышалось достоверно, особенно при атопической форме болезни.

Больные с СПН ТНС отличались безудержностью (78%), подвижностью (99%), раздражительностью (79%), обладали крепкой мускулатурой (91%) и высоким ростом (97%). Обострение процесса возникало после нервного стресса у всех. У них была выявлена язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки (56%), увеличение щитовидной железы (78%).

Изучение состояния гемостаза у больных СПН и со «слабым» ТНС показало, что величина гемотокрита и показателей коагулограммы заметно не отличались от контрольной группы.

Исследование гуморального и клеточного иммунитета показало, что у лиц с СПН ТНС отмечалась лишь тенденция к снижению клеточного иммунитета: лимфоцитов (абс.) – 1829+106,0, $p>0,1$; лимфоцитов (%) – 25,5+0,5, $p<0,1$; Т-лимфоцитов – 47,3+2,5, $p<0,01$; Т-хелперов – 29,0+2,3, $p>0,1$; Т-супрессоров – 13,8+1,1, $p<0,01$. Со стороны гуморального иммунитета наблюдалось незначительное увеличение содержания В-лимфоцитов (23,0+1,3; $p<0,05$), а также иммуноглобулинов: JgA (2,55+0,1; $p<0,01$), JgM (2,93+0,2; $p<0,1$), JgG (12,8+0,1; $p<0,01$); JgE (133,3+15,0; $p<0,001$).

Следовательно, у больных со СПН ТНС, страдающих БА, наблюдаются незначительные нарушения иммунологических показателей, что выражается в умеренном подавлении активности клеточного иммунитета при одновременном незначительном повышении показателей гуморального иммунитета, которое сопровождается функциональной недостаточностью Т-лимфоцитов, и прежде всего Т-супрессоров и гиперпродукцией JgE.

Больные со «слабым» ТНС отличались слабостью характера, пониженным настроением, подозрительностью. Обострение процесса отмечалось в осенне-весенний период. Они отличались худощавым телосложением (98%), астенической конституцией (99%), тёмно-мутным цветом кожи с участками гиперпигментации (67%). У этих лиц наблюдались явления меланхолии (89%), тревоги (78%) и депрессии (88%).

У больных со «слабым» ТНС обнаружен хронический гастродуоденит с пониженной кислотностью (100%), анемии различного генеза (95%), туберкулёз лёгких (12%), хроническая недостаточность надпочечников (23%).

Изучение состояния гемограммы у больных со «слабым» ТНС показало, что количество эритроцитов достоверно уменьшалось ($p<0,001$). Среднее значение содержания гемоглобина (г/л) достоверно снижалось у больных со «слабым» (81%) ТНС более значительно ($p<0,006$), чем у больных с СИУ ТНС. В пределах каждой степени тяжести БА (длительности заболевания и сопут-

ствующих патологий) количество лейкоцитов достоверно уменьшались (2,63+0,22; p<0,001).

Изучение гемостаза у этой категории лиц показало, что показатели коагулограммы не отличались от лиц контрольной группы.

Определение электролитов крови показало, у лиц со «слабым» ТНС отмечалась гипонатриемия у 87% (от 99,3 до 193,3 ммоль/л).

Исследование состояния клеточного и гуморального иммунитета показало, что показатели гуморального иммунитета были более высокими, чем у лиц с СПН ТНС и менее высокими, чем у лиц с СИУ ТНС. Так как В-лимфоциты составили 25,7 ±1,08 (p›0,01), IgA (г/л)-3,33±0,27) (p›0,01), IgM-3,0±0,12 (p›0,01), IgG-15,3 (p›0,001), IgE-194±25,3 (p›0.01). ЦИК-3,14±0,25 (p›0,1). Показатели клеточного иммунитета были понижены больше, чем у больных с СПН ТНС и менее, чем у больных с СИУ ТНС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюнина Г.П., Гончар Н.Т., Игнатькова С.А. Основы медицинских знаний: здоровье, болезнь и образ жизни (учебное пособие для студентов педагогических вузов). -Псков, 2003
2. Кон Р.М., Рот К.С. Ранняя диагностика болезней обмена веществ, Медицина, 1986, -С. 9-15
3. Красноярская М.С. Тип нервной системы и особенности вегетативных реакций (реактивность организма и тип нервной системы), Киев, 1961, -С. 118-169
4. Петленко В. П., Давиденко Д. Н. Этюды валеологии: здоровье как человеческая ценность. СПб., 1999
5.Туровская З.Т. О соотношениях психологических особенностей высшей нервной деятельности с некоторыми характеристиками вегетативного реагирования. М., Наука, -2003, -С. 228-241

ХУЛОСА

Фардияти мизоҷӣ ва алоими метаболикӣ ҳангоми бемории зиқи нафас

Н.И. Мустафоқулова

Маълумотҳои овардашуда собит менамоянд, ки ин ё он тағйиротҳои метаболикиро бидуни тасаввуроти аниқ дар бораи фардияти мизоҷии ҳар як тип дар алоҳидагӣ омӯхтан мумкин нест.

Воқиф будани духтурон аз типҳои системаи асаб, аз хусусиятҳои равонӣ, физиогностикӣ, мизоҷии бемор дар марҳалаҳои аввали зиқи нафас оризаҳои гуногуни метаболикии бемориро пешгирӣ кардан имконпазир мегардонад.

SUMMARY

CONSTITUTION INDIVIDUALITY AND METABOLIC SYNDROME UNDER BRONCHIAL ASTMA

N.I. Mustafakulova

The data shows that it is impossible to study different metabolic alterations without concrete the notion about constitution individuality (CI) of each type taken separately. Knowledge of physician of CI, psychological, physiognostical and constitutional peculiarities may prevent different metabolic complications in yearly stages of bronchial astma.

ФАКТОРЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ИХ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Г.С. Мамаджанова, Н.Ш. Самиева, Н.Д. Саидмурадова
Кафедра детских болезней № 1 ТГМУ

Введение. В настоящее время имеется много публикаций, посвящённых повреждению плода, вызванным различными вирусами. Но особое внимание исследователей привлекает вирус цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекции, которая обладает выраженным тератогенным действием и ведёт к формированию хронической инфекции у детей. Цитомегаловирусная инфекция - типичный представитель оппортунистических инфекционных заболеваний человека, клинические проявления при которых манифестируют на фоне иммунодефицитных состояний (5). Из внутриутробных и перинатальных вирусных инфекций во всём мире она наиболее распространена. По данным ВОЗ от 0,2 до 2,5% новорождённых инфицированы ЦМВИ. Внутриутробная ЦМВИ развивается в результате пре- или интранатального инфицирования плода. Источником внутриутробного инфицирования практически всегда является мать (5). При пренатальном инфицировании плода имеет место трансплацентарный путь передачи, при интранатальном - вирус поступает в организм за счёт аспирации околоплодных вод или инфицированных секретов родовых путей матери (3).

Внутриутробное инфицирование плода у женщин с первичной ЦМВИ во время беременности достигает 30-50%. При этом у 5-18% инфицированных детей отмечается манифестная врождённая ЦМВИ, характеризующаяся тяжёлым течением и нередко заканчивающаяся летально (2). Среди выживших детей – у большинства в дальнейшем сохраняются серьёзные осложнения, приводящие к инвалидизации и значительно нарушающие качество жизни.

В зависимости от сроков гестации различают инфекционные бластопатии, эмбриопатии и фетопатии.

Врождённая цитомегаловирусная инфекция изучена в настоящее время хорошо. Однако её диагностика у новорождённых представляет значительные трудности, так как инфекция не даёт чётко определённой клинической картины.

Цель работы: изучение факторов, способствующих развитию цитомегаловирусной инфекции, её клинической картины у новорождённых, поступивших в Городской медицинский центр на втором этапе выхаживания и его лабораторные признаки.

Методы и материалы исследования. Под нашим наблюдением находилось 52 ребёнка с подозрением на ЦМВИ. Всем обследуемым детям и матерям проводился общий анализ крови, мочи, кала, УЗИ сердца, печени, почек, жёлчного пузыря, с помощью иммуноферментного анализа определяли специфические антитела ЦМВ – инфекции, рентгенография лёгких и сердца, биохимические анализы крови на почечные и печёночные пробы.

Результаты исследования. Основной путь передачи инфекции был трансплацентарным. У всех матерей наблюдаемых детей взята кровь, где выявлены цитамегаловирусы. Инфицирование беременных обычно происходило малосимптомно. У 18% женщин наблюдались недомогания, лихорадка, у 7% - фарингит, у 17% - лимфоаденопатия, у 13% - гепатоспленомегалия. У остальных 45% матерей жалоб не было. Акушерский анамнез у всех матерей наблюдаемых детей был отягощён и нами выявлен ряд предрасполагающих факторов, которые сыграли важную роль в развитии цитомегаловирусной инфекции: дефицит питания беременной (87%), осложнённое течение антенатального периода (72%) и родов (47%), многочисленные аборты (27%), гестозы у беременных матерей (87%), безводный промежуток более 12 часов (37%), клинически выраженные бактериальные и генитальные инфекционные процессы у матерей непосредственно до родов и в родах (42%), длительные и массивные курсы антибактериальной терапии у матери в последние месяцы беременности (27%).

Характеристика внутриутробных поражений при ЦМВИ

Тип поражения	Срок гестации	Характер поражения
Бластопатии	0-14 день	Гибель зародыша, выкидыш или формирование системной патологии.
Эмбриопатии	15-75 день	Пороки развития на органном или клеточном уровне (истинные пороки). Выкидыш.
Ранние фетопатии	76-180 день	Развитие генерализованной воспалительной реакции с преобладанием альтернативного и экссудативного компонентов и с исходом в фиброзно-склеротические деформации органов (ложные пороки). Возможно прерывание беременности.
Поздние фетопатии	Со 181 дня до родов	Развитие манифестной воспалительной реакции с поражением различных органов и систем (гепатит, энцефалит, тромбоцитопения, пневмония и др.)

При поступлении состояние у всех детей было тяжёлым: отмечалось беспокойство (35%), вялость (65%), адинамия (85%), постанывание (35%), сосательные и глотательные рефлексы снижены (70%), серобледный колорит с выраженной иктеричностью кожи (62%), гипертермия до 390С (30%), у 48% - субфебриальная температура до 37,70С, у 20% - гипотермия и периодические подъёмы температуры тела до 39-400С. Физиологические рефлексы снижены (87%), но у 13% периодически отмечалась судорожная готовность, судороги, одышка или тахипноэ более 60 в 1 мин. У 47% детей в лёгких чаще всего была клиника пневмонии, у остальных - бронхит, что было подтверждено рентгенологически, у 30% детей отмечался кардит, у 27% - врождённые пороки сердца, у 43 % - функциональная кардиопатия. У 57% детей – вздутый живот с хорошо видимой венозной сетью, срыгивание часто с желчью, рвота. У 60% отмечена клиника кишечного токсикоза, неустойчивый стул, анорексия. У 45% отсутствие прибавки массы тела и даже снижение его. У 23% детей была клиника пиелонефрита, у 17% - гепатит, у 53% - затяжная желтуха, у 36% - гепатоспленомегалия, у 14% поражение улитки внутреннего уха, сопровождающиеся снижением слуха, у 13% - отмечена была гидроцефалия – размеры головки были увеличены на 2-5см больше нормы. На УЗИ мозга и рентгенологически – мелкие церебральные кальцификаты вокруг желудочков.

Диагноз цитомегалии основывался на клинической картине и лабораторных данных. В анализе крови: анемия (45%), лейкоцитоз до 20 х 109 (55%), эритробластостоз (15%), умеренный нейтрофилёз, ускоренное СОЭ до 38-45 мм/ч. У всех обследованных детей были выявлены специфические антитела на вирус ЦМВИ как у матери, так и у ребёнка. Титр их был разным: 1-200 (43%), 1-300 (32%), 1-400 (17%), 1-500 (12%). При положительных результатах титра специфичес-

ких антител в крови, диагностировалась врождённая цитомегалия родившихся, с описанной выше клиникой заболевания. В биохимических анализах крови у 13% положительные печёночные пробы, высокие цифры ферментов и высокие цифры билирубина. На УЗИ и рентгенограмме были подтверждены врождённые пороки сердца, гепатоспленомегалия, гидронефроз и др.

Методы специфического лечения: дозированное частое грудное вскармливание, антибактериальная терапия 2-3 курса (1), дезинтоксикационное в/в капельное вливание жидкости, гормонотерапия – преднизолон из расчёта 1 мг на кг веса в/в, поливитамины, специфический человеческий иммуноглобулин в/в № 3-5 в течение 30-40 дней в стационаре. Сравнительно эффективным и безопасным методом лечения явилось применение виферона в дозировке по 1 суппозиторию 2 раза в сутки, через 12 часов виферон – 1 (4).

На фоне проводимой терапии состояние детей улучшалось, но у 13 детей отмечались рецидивы заболевания, и они задерживались в клинике до 3-4 месяцев.

Несмотря на проводимую комплексную терапию 6 из них умерли от нарастающей клиники пневмонии и лёгочно-сердечной недостаточности. У 5 детей заболевание протекало с врождённым пороком сердца и гидроцефалией. Остальные дети выписаны домой с улучшением на дальнейшее амбулаторно-поликлиническое лечение.

Выводы. На основании проведённого исследования нами доказано, что большой процент матерей составляют группу риска по развитию ЦМВ инфекции. Сам вирус трудно диагностируется, обладает тератогенным действием, поражает все органы и системы, часто даёт рецидивы заболевания, плохо поддаётся лечению и часто заканчивается летальным исходом.

Показания для обследования новорождённых на ЦМВИ:

Клинические: поражение ЦНС (очаговая неврологическая симптоматика, судороги, микроцефалия, гидроцефалия, а также нейросонографические находки – кисты, кальцификаты и другое); желтуха, прямая гипербилирубинемия, гепатоспленомегалия, повышение активности аминотрансфераз; геморагический синдром, тромбоцитопения, анемия с ретикулоцитозом; недоношенность, синдром задержки внутриутробного развития.

Анамнестические: перенесённые матерью в период беременности мононуклеозоподобные заболевания; выявление у матери во время беременности сероконверсии к вирусу цитомегалии; выявление у матери во время беременности маркёров активной репликации вируса цитомегалии; отягощённый акушерско-гинекологический анамнез матери (выкидыши, мёртворождения и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА

1.Ожогов А.М. Клинико-цитомеханическая характеристика и отдалённые последствия гепатита у детей грудного возраста с активной цитомегаловирусной и сочетанной с ней хламидийной инфекцией //Педиатрия. М., 2000, № 4, -С.11-15

2.Солохин П.Р. Цитомегаловирусная инфекция у детей. М., 1987

3.Учайкин В.Ф. Гусева Л.Н. Патология новорождённых и детей раннего возраста// М., 2002. -С.395-404

4. Шабалов Н.П. Неонатология. Т-1, -С.606, Т-2, -С.606

5.Цинзерлинг В.Р. Мельникова В.Ф. Перинатальная инфекция. Санкт-Петербург, 2002

ХУЛОСА

Омилҳои хавфи инкишофи сирояти ситомегаловирусӣ ва хусусиятҳои саририи он

Г.С.Мамадҷонова, Н.Ш. Самиева, Н.Д.Саидмуродова

Дар мақола омилҳои хатари 52 бемори навзоди гирифтори сирояти ситомегаловирусӣ ва хусусиятҳои он оварда шудааст. Ташхиси ситомегалия дар асоси муоинаи сарирӣ ва маълумотҳои озмоишгоҳӣ гузаронида шуд. Ба воситаи таҷзияи иммуноферментӣ зидҷисми махсуси вируси ситомегалия муайян карда шуд.

SUMMARY
RISK-FACTORS ON INITIATION OF CYTOMEGALOVIRUS-INFECTION AND THEIR CLINICAL PECULIARITIES
G.S. Mamajanova, N.Sh. Samieva, N.D. Saidmuradova

In the article risk-factors and their clinical features in 52 newborns with CMVI were studied. The diagnosis of cytomegaly on clinical and laboratory data was based. Immune-enzyme analysis showed specific anti-bodies to virus of cytomegaly.

К ПАТОГЕНЕЗУ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

А.И. Исомидинов, К.Д.Самиев
Кафедра восточной медицины и психотерапии ТГМУ

Известно, что при массовых обследованиях людей, традиционно принимаемых за практически здоровых, у многих из них выявлялась артериальная гипертония (АГ). При этом имеющие обладатели данной патологии, об этом даже и не подозревали. Коварство АГ нашло объяснение в отсутствии кардинального для неё симптома – головной боли. Подмеченная особенность и каскады осложнений позволили характеризировать АГ как «безмолвного убийцу» [7]. Но, к сожалению, в доступной нам литературе мы не нашли сведения о роли типов нервной системы в патогенезе хронической гипертонической энцефалопатии (ХГЭ). По нашему мнению, типологические особенности нервной системы могут играть огромную роль в патогенезе ХГЭ.

В связи с этим, представляется актуальным рассмотрение типов нервной системы [8,9] имеющих свои особенности для немедикаментозной терапии больных ХГЭ. Известно, что от типа нервной системы (по И.П.Павлову) зависит эмоциональная и интеллектуальная деятельность человека, что отражается в психологическом его восприятии болезни. Например, на уровне его психологического восприятия болезни лица с «художественным» типом нервной системы на болезнь реагируют «панически» и пессимистически, а люди с «мыслительным» типом нервной системы сдержано и оптимистически.

Взаимосвязь типов нервной системы и ХГЭ по А.И. Исомидинову (“растительный”, “животный”, и “человеческий”) могут сыграть ключевую позицию в патогенезе гипертонической энцефалопатии.

Согласно гипотезе трёхсигнальной организации нервной деятельности (по А. И. Исомидинову), человеку свойственны: растительный (физический), животный (биологический) и духовный (человеческий) типы. По автору доминантными могут быть не только два полушария, но и ствол головного мозга.

В литературных источниках чаще всего рассматриваются две теории патогенеза: теория так называемого срыва реакции ауторегуляции мозгового кровотока и теория спазма со-

SUMMARY
RISK-FACTORS ON INITIATION OF CYTOMEGALOVIRUS-INFECTION AND THEIR CLINICAL PECULIARITIES
G.S. Mamajanova, N.Sh. Samieva, N.D. Saidmuradova

In the article risk-factors and their clinical features in 52 newborns with CMVI were studied. The diagnosis of cytomegaly on clinical and laboratory data was based. Immune-enzyme analysis showed specific anti-bodies to virus of cytomegaly.

К ПАТОГЕНЕЗУ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

А.И. Исомидинов, К.Д.Самиев
Кафедра восточной медицины и психотерапии ТГМУ

Известно, что при массовых обследованиях людей, традиционно принимаемых за практически здоровых, у многих из них выявлялась артериальная гипертония (АГ). При этом имеющие обладатели данной патологии, об этом даже и не подозревали. Коварство АГ нашло объяснение в отсутствии кардинального для неё симптома – головной боли. Подмеченная особенность и каскады осложнений позволили характеризировать АГ как «безмолвного убийцу» [7]. Но, к сожалению, в доступной нам литературе мы не нашли сведения о роли типов нервной системы в патогенезе хронической гипертонической энцефалопатии (ХГЭ). По нашему мнению, типологические особенности нервной системы могут играть огромную роль в патогенезе ХГЭ.

В связи с этим, представляется актуальным рассмотрение типов нервной системы [8,9] имеющих свои особенности для немедикаментозной терапии больных ХГЭ. Известно, что от типа нервной системы (по И.П.Павлову) зависит эмоциональная и интеллектуальная деятельность человека, что отражается в психологическом его восприятии болезни. Например, на уровне его психологического восприятия болезни лица с «художественным» типом нервной системы на болезнь реагируют «панически» и пессимистически, а люди с «мыслительным» типом нервной системы сдержано и оптимистически.

Взаимосвязь типов нервной системы и ХГЭ по А.И. Исомидинову (“растительный”, “животный”, и “человеческий”) могут сыграть ключевую позицию в патогенезе гипертонической энцефалопатии.

Согласно гипотезе трёхсигнальной организации нервной деятельности (по А. И. Исомидинову), человеку свойственны: растительный (физический), животный (биологический) и духовный (человеческий) типы. По автору доминантными могут быть не только два полушария, но и ствол головного мозга.

В литературных источниках чаще всего рассматриваются две теории патогенеза: теория так называемого срыва реакции ауторегуляции мозгового кровотока и теория спазма со-

судов головного мозга [1,2, 5,12,14,17,27,28,30].

Вначале однозначным и несомненным подтверждением значимости спазма артерий мозга [7] в генезе гипертонической энцефалопатии было обнаружение сужения пиальных артерий у животных с хронической артериальной гипертензией (почечной, ДОКА – солевой или наследственной). Но в 1969 году учёные [4,7] пересмотрели свои предыдущие представления о роли спазма артерий мозга как основного патогенетического механизма повреждения сосудов и тканей мозга при формировании гипертонической энцефалопатии.

Согласно неврогенной теории гипертонической болезни, ведущее звено в патогенезе этого заболевания играет нарушение функции высшей нервной деятельности, первоначально возникающее под влиянием внешних раздражителей и в дальнейшем приводящие к стойкому возбуждению вегетативных прессорных центров, повышающих АД [11]. Уже в начальном периоде гипертонической болезни (ГБ) в патогенез включаются изменения со стороны гуморальных прессорных и депрессорных систем. Активизация гуморальных механизмов в этом периоде болезни имеет компенсаторный характер и возникает как реакция на перенапряжение и нарушение трофики нервных клеток головного мозга [11,23,24].

В начальном периоде ГБ формируется нарушение кровообращения по гиперкинетическому типу, что характеризуется повышением сердечного выброса при мало изменённом общем периферическом сопротивлении сосудов [14,15,17,23,24,27,30 и др.]. В то же время уже в начальных стадиях ГБ иногда повышается сосудистое сопротивление в почках. По мнению П.К. Анохина, эта «перенастройка» барорецепторов при ГБ носит функциональный характер и обеспечивает задачи регуляции кровообращения, сдвигая его параметры на оптимальный для новых условий уровень [3]. Длительное же повышение АД в дальнейшем вызывает утолщение стенок аорты и сонных артерий, уменьшение их эластичности в поздних стадиях ГБ, снижение чувствительности барорецепторов, что и определяет уменьшение депрессорных реакций на повышение АД.

Имеются данные о существовании различных вариантов взаимодействия гуморальных факторов в патогенезе ГБ, протекающем с повышением активности ренина в плазме крови, что характеризуется выраженной наклонностью к спазмам артериол (вазоконстрикторная гипертензия). Если активность ренина низка, то отмечается увеличение массы циркулирующей крови, что и служит, возможно, основным патогенетическим механизмом повышения АД, и это свидетельствует о гиперволемической гипертензии [25].

Перенапряжение нервной системы приводит к повышению артериального давления, увеличению свёртываемости крови, нарастанию содержания в крови липидов, в том числе бета-липопротеидов и холестерина. Усиливается секреция стероидных гормонов [10, 11,29].

При рассмотрении механизма и течения приспособительных реакций различают этапы адаптации, дез – и полной дизадаптации [13,18,26]. Установлена зависимость темпов возникновения и степени выраженности дезадаптации от вида, формы и группы стрессора. Различают стрессоры, обеспечивающие жизнь (развитие организма, состояние здоровья), и стрессоры, вызывающие при определённых условиях нарушение жизнедеятельности, обозначаемые понятием “болезнь” [6,22].

В патогенезе расстройств мозгового кровообращения необходимо учитывать, что определённую роль играет гиперпродукция катехоламинов, глюкокортикоидов, мукополисахаридов и некоторых церебральных ферментов [12]. По мнению автора, без учёта этих нарушений нельзя решать проблему лечения и профилактики недостаточности мозгового кровообращения.

По мнению ряда исследователей, в патогенезе неврологических расстройств, возникающих при нарушениях мозгового кровообращения, существенное место принадлежит спазмам сосудов. Авторы [20,21,26,27] наблюдали церебральные ангиоспастические кризы, в разных участках сосудистой системы, выражавшиеся в приступах мигрени и головокружения.

Исследователи [1,28,30] доказали значение спазма и следующего за ним стаза сосудов в патогенезе ряда патологических процессов в головном мозге. Сходные изменения тонуса мозговых сосудов наблюдались при различных заболеваниях, сопровождающихся ишемией отдельных участков мозга.

Исследователями были выявлены изменения в ткани головного мозга, характерные для гипоксии, – вначале «дистония», так называемое нарушение тонуса стенок сосудов с чередованием спазма и паралича, а затем – ангиопарез [1,20,21].

Известную роль в патогенезе нарушений мозгового кровообращения играет транзиторная гиперемия [1,17]. При ангиографическом исследовании регионального мозгового кровотока наблюдали расширение артерий и раннее заполнение вен в ответ на ишемизацию мозга [1,2,17].

Важнейшее значение для понимания сущности последствий расстройств кровообращения имеет учение о срыве ауторегуляции при резком повышении или снижении артериального давления [1,4,25].

В настоящее время считается, что основными патогенетическими механизмами недостаточности мозгового кровообращения являются изменения артериального давления, состава крови, тонуса сосудов, структуры стенок сосудов и нарушение иммунологической реактивности. Эти полиэтиологические факторы способны привести к повышению проницаемости сосудов и далее к различным степеням циркуляторной гипоксии и нарушению мозгового кровотока. В этом сложном комплексе патологических процессов большое значение имеют как функциональные, так и патологические изменения со стороны сердечно – сосудистой и нервной систем. К настоящему времени накоплен значительный материал о патогенезе хронической гипертонической энцефалопатии, тем не менее проблема остаётся открытой и нуждается в дальнейшем изучении и осмыслении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов Г.А. Нервная система при острых нарушениях кровообращения.-Л., 1971
2.Ганнушкина И.В, Лебедева Н.В. Гипертоническая энцефалопатия. М., Медицина, 1987
3. Анохина П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. – В кн.; Медицина, 1968
4. Ганнушкина И.В, Лебедева Н.В. Гипертоническая энцефалопатия. -М., Медицина, 1987
5. Гогин Е.Е, Сененко А.Н., Тюрин Е.И. Артериальные гипертензии.-Л., 1978
6. Горизонтов П.Д. Значение головного мозга в холестериновом обмене (к вопросу о роли нейроглии в патогенезе холестеринемии), М, 1940
7. Глезер Г.А. Глезер М.Г. Артериальная гипертония. –М. Медицина, 1986
8. Исомидинов А.И. От гипотезы трёхсигнальной организации нервной системы человека к медицинской практике. Рос. физиол. журн. им. И.М.Сеченова (XIX съезд физиологического общества им. И.П.Павлова. 2005
9.Исомидинов А.И. Психологические аспекты иглорефлексотерапии. Материалы 1-международного конгресса «Фитотерапия и народная медицина эпохи Авиценны». - Душанбе, 2004
10. Клиорин А.И. Атеросклероз в детском возрасте. – Л., 1981
11.Ланг Г, Ф. Гипертоническая болезнь. – М., 1953
12. Лебедева Н.В., Зарецкая И.Х., Козлова Е.Н., Плетнева Л.В. Клинико реографические исследования больных с нарушением мозгового кровообращения, получающих новый вазоактивный препарат Кавинтон. – Венг. Фармакотер., 1980, №2
13. Любан Г.Л., Вайнштейн М.Ш. О роли факторов риска приспособительных реакций в развитии предболезни и болезни.- В кн. Тезисы 18 Всесоюзн. Съезда терапевтов. – М., 1981
14. Максудов М.К., Шмидт Е.В., Боголепов Н.К. Классификация сосудистых поражений го-

ловного мозга и спиного мозга (Журн. невр. и психологии), 1971
15.Малая Л.Т., Волков В.И. Ишемическая болезнь сердца у молодых. – Киев, 1980
16. Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Молекулярные механизмы биорегуляции генетической активности и клеточного метаболизма//Тезисы материалов XVIII съезда терапевтов, 1981
17.Оппенгеймер В.С..Фишберг А.М.,Лебедева Н.В. Гипертоническая энцефалопатия. – М., Медицина, 1987
18. Попов А.К., Панов А.Г. К вопросу о роли очаговой инфекции и лимфогенного фактора в формировании неврогенных механизмов нейроциркуляторной дистонии. – В кн. «Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии».- Свердловск, 1971
19.Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения нервной высшей деятельности (поведения) животных. Сборник статей.- М. Биомедгиз., 1938
20. Мчедмишвили Г.И. Спазм артерий головного мозга. -Тбилиси, 1977
21.Смирнов В.Е., Прохова Э.С., Кондрашина В.П. и др. Вопросы эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга. – М., 1972
22.Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960
23.Шхвацабая И.К.,Метелица В.И.,Андерса Г., Берленд А.С, Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний. – М., 1977
24. Шхавацабая И.К. Некоторые вопросы патогенеза гипертонической болезни, Кардиология, т. 12, №8, 1972
25. Laragn J.H. Vasocon – striction – volume analysis for understanding and treating nupertensions, Amer .J. Med., V55, 1973
26. Broser F. Die cerebralen vegetativen Anfalle – Berlin, 1958
27.Milliran C.H. Mc Dowell T.H.Treatment of Transient Ischnemic Attacks.Strokt,1978
28. Coets RH, Keen TN. Some aspects of the cardio – vascuiar sustem in the giraffe. 1957:69:542 – 564
29. Starauer B.E Structural and functional adaptation of the chronically overloanded heaet in arterial hypertension/ Am Heart I. 1987:114:948 – 956
30.Herrman W.M. Bohn – Olszewsku W.J., Kuntz G. Infusionsherapie mit Actovegin bei Patienten mit ptimar degenerativer Demenz vom Alzheimer Tup und Multinfakt – Demenz Z. Geriatrie – 1992 – Vol.5 – P.46 – 55

ХУЛОСА

Оиди пайдоиш ва инкишофи бемории энтсефалопатияи фишорбаландии музмин

А.И. Исомидинов, К.Д. Самиев

Дар мақола муаллифон шарҳи адабиёти тиббии марбут ба пайдоиш ва инкишофи энтсефалопатияи фишорбаландии музминро (ЭФМ) мавриди таҳлил қарор додаанд.

Ҳоло дар бораи пайдоиш ва инкишофи тадриҷии бемории ЭФМ маълумотҳои зиёди илмӣ ва назариявӣ мавҷуд аст. Бо вуҷуди ин, механизми инкишофи ин беморӣ то ба охир омӯхта нашудааст. Бинобар ин, баҳисобгирии хусусиятҳои хоси типологии системаи асаб бо усули И.П.Павлов ва А.И.Исомиддинов метавонад асрори механизми инкишофи ин эътилолро ошкор намояд.

SUMMARY
TO THE PATHOGENESIS OF CHRONIC HYPERTONIC ENCEPHALOPATHY
A.I. Isomidinov, K.D. Samiev

In the article the analysis of medical publications on pathogenesis of chronic hypertonic encephalopathy (CHE) was made. Although scientific and theoretical material about the pathogenesis CHE was very large, but the mechanism of initiation of CHE was not studied to the last. Therefore the study of typological peculiarities of nervous system by Pavlov and Isomidinov was needed under this pathology.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ/СПИДу СРЕДИ МИГРАНТОВ В РТ

Х.К. Рафиев, А.Л. Латипов, З.Х. Рафиева
Кафедра эпидемиологии ТГМУ;
Республиканский центр по борьбе со СПИДом

Актуальность. По данным ВОЗ, сегодня в мире проживают более 43 млн. человек с ВИЧ-инфекцией. С начала эпидемии умерли более 25 млн. человек (1). В целом, государства Восточной Европы и Центральной Азии занимают одно из первых мест по темпам распространения эпидемии ВИЧ/СПИД, которая в основном сконцентрирована среди потребителей инъекционных наркотиков (3). В частности, в Республике Таджикистан только в 2007 году зарегистрировано 339 новых случаев ВИЧ-инфицирования. Это больше по сравнению с 2006г. в 1,6 раза. Одна из причин резкого роста в том, что трудоспособное население фактически превратилось во внешних трудовых мигрантов, зарабатывающих деньги в странах, неблагополучных по ВИЧ/СПИД (Россия, Казахстан).

Среди факторов, способствующих распространению ВИЧ/СПИД и других ИППП в РТ, следует отметить также и внутренние миграционные процессы (2,4).

В частности, к 2003 году в РТ среди уязвимых групп населения, в т.ч. мигрантов, число заболеваний сифилисом по сравнению с 1991 годом увеличилось в 9 раз – с 1,67 до 12,2 на 100 тыс. населения. В городах Душанбе и Худжанде - в 3-5 раз выше, чем в целом по республике.

Цель исследования: изучение эпидситуации по ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в РТ и их осведомлённости об этом заболевании.

Материалы и методы исследования. Проведены лабораторные вирусологические и поведенческие исследования среди мигрантов за 2006-2008г. Исследования проведены в Согдийской области РТ на носительство ВИЧ-инфекции и информированность. Биологические исследования выполнены методом добровольно-конфиденциального и добровольно-анонимного тестирования. Проводилось анкетирование на основании типовой анкеты для мигрантов, которые опрашивались о половом поведении, об инъекционной практике и участии в профилактических мероприятиях, о ВИЧ/СПИДе и т.д.

Исследования проводились в Худжанде (табл.1) среди 200 рабочих - мигрантов в возрасте до 20 лет (21%), 20-30 лет (48%), 31-40 лет (23%) и старше (8%). Родители трудовых мигрантов в 49% случаев были рабочими, в 1% - служащими, в 45,0% - пенсионерами, безработными - в 5% и другими.

SUMMARY
TO THE PATHOGENESIS OF CHRONIC HYPERTONIC ENCEPHALOPATHY
A.I. Isomidinov, K.D. Samiev

In the article the analysis of medical publications on pathogenesis of chronic hypertonic encephalopathy (CHE) was made. Although scientific and theoretical material about the pathogenesis CHE was very large, but the mechanism of initiation of CHE was not studied to the last. Therefore the study of typological peculiarities of nervous system by Pavlov and Isomidinov was needed under this pathology.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ/СПИДу СРЕДИ МИГРАНТОВ В РТ

Х.К. Рафиев, А.Л. Латипов, З.Х. Рафиева
Кафедра эпидемиологии ТГМУ;
Республиканский центр по борьбе со СПИДом

Актуальность. По данным ВОЗ, сегодня в мире проживают более 43 млн. человек с ВИЧ-инфекцией. С начала эпидемии умерли более 25 млн. человек (1). В целом, государства Восточной Европы и Центральной Азии занимают одно из первых мест по темпам распространения эпидемии ВИЧ/СПИД, которая в основном сконцентрирована среди потребителей инъекционных наркотиков (3). В частности, в Республике Таджикистан только в 2007 году зарегистрировано 339 новых случаев ВИЧ-инфицирования. Это больше по сравнению с 2006г. в 1,6 раза. Одна из причин резкого роста в том, что трудоспособное население фактически превратилось во внешних трудовых мигрантов, зарабатывающих деньги в странах, неблагополучных по ВИЧ/СПИД (Россия, Казахстан).

Среди факторов, способствующих распространению ВИЧ/СПИД и других ИППП в РТ, следует отметить также и внутренние миграционные процессы (2,4).

В частности, к 2003 году в РТ среди уязвимых групп населения, в т.ч. мигрантов, число заболеваний сифилисом по сравнению с 1991 годом увеличилось в 9 раз – с 1,67 до 12,2 на 100 тыс. населения. В городах Душанбе и Худжанде - в 3-5 раз выше, чем в целом по республике.

Цель исследования: изучение эпидситуации по ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в РТ и их осведомлённости об этом заболевании.

Материалы и методы исследования. Проведены лабораторные вирусологические и поведенческие исследования среди мигрантов за 2006-2008г. Исследования проведены в Согдийской области РТ на носительство ВИЧ-инфекции и информированность. Биологические исследования выполнены методом добровольно-конфиденциального и добровольно-анонимного тестирования. Проводилось анкетирование на основании типовой анкеты для мигрантов, которые опрашивались о половом поведении, об инъекционной практике и участии в профилактических мероприятиях, о ВИЧ/СПИДе и т.д.

Исследования проводились в Худжанде (табл.1) среди 200 рабочих - мигрантов в возрасте до 20 лет (21%), 20-30 лет (48%), 31-40 лет (23%) и старше (8%). Родители трудовых мигрантов в 49% случаев были рабочими, в 1% - служащими, в 45,0% - пенсионерами, безработными - в 5% и другими.

Таблица 1

Распределение мигрантов Республики Таджикистан по полу, возрасту и семейному положению

Возраст				Пол		Семейное положение	
До 20 лет	От 21 до 30 лет	От 31 до 40 лет	Старше 40 лет	Муж.	Жен.	Да	Нет
21%	48%	23%	(8%)	71%	29%	57%	43%

Таблица 2

Выявляемость серопозитивных случаев ВИЧ среди мигрантов за 2006 - 2008гг. (4 месяца) по Согдийской области РТ

Годы	Количество обследований	Количество выявленных серопозитивных на ВИЧ	% выявленных серопозитивных на ВИЧ
2006	1617	11	1,47
2007	2093	14	1,49
4 месяца 2008 г.	1113	9	1,23

Таблица 3

Знания о мерах профилактики

Меры защиты	Процент (%)
Противогаз	1,1
Презерватив	6,6
Перчатки	18
Одноразовый шприц	27,3
Воздержание от случайных половых связей	21
Хлорный раствор	11
Не знаю	15

Результаты и их обсуждение. Лабораторные обследования (табл. 2) в 2006 г. 1617 респондентов выявили 1,4% - рабочих-мигрантов, серопозитивных к ВИЧ, в 2007 обследовано 2093 человек, выявлено 1,5% серопозитивных, 1,47%, за 4 месяца 2008 года - 1113 человек и среди

них обнаружено 1,23% серопозитивных случаев.

Результаты анкетирования показали, что 2,0% мигрантов наркотики предлагали их одноклассники, 1,0% - старшие знакомые. При этом 1,0% из них не смог устоять от применения. Защиту от ВИЧ/СПИДа 1,1% мигрантов видят в таком средстве, как противогаз, 6,6% предлагают для этого использовать презервативы, 18% - перчатки, 27,3% - одноразовые шприцы, 21% - отказ от случайных половых связей, 11% - хлорный раствор. Не знают, как ответить на поставленный вопрос 15,0% опрошенных (табл. 3).

При появлении подозрения на ВИЧ/СПИД 64,0% рабочих-мигрантов обратились бы в Центр СПИД, 30,0% - в анонимный кабинет, 18% - в медпункт учебного заведения, 32% - в поликлинику. Наряду с этим 2,0% из них считают, что таких учреждений нет, 15,0% - не знают о них. В целом, все опрошенные в поисках защиты от ВИЧ/СПИДа обратились бы за советом к другу или в аптеку. Определить наличие вируса в организме по внешнему виду считают возможным 10,0% рабочих, 30,0% имеют противоположное мнение , 60% - не знают, как ответить на этот вопрос. Допускают ситуацию, при которой каждый человек может заразиться ВИЧ-инфекцией, 37,0% респондентов, 12,0% имеют противоположное мнение, 5,0% не знают, как ответить на соответствующие вопросы.

Источниками сведений о ВИЧ/СПИДе для всех респондентов данной группы являются: в 61,0% случаев - средства массовой информации, в 8,0% - родители, в 27,0% - врачи, в 15,0% - друзья, в 4,0% - учителя школы. При этом на излечимость от этой инфекции указывают 50% опрошенных, 30% из них считают, что этого не может быть, и 20% - не знают об этом ничего.

Выводы: 1. Биологические исследования мигрантов показали, что с каждым годом растёт выявляемость вирусоносительства.

2. Низка информированность мигрантов о профилактике ВИЧ/СПИДа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А., Гричухина Т., Вебстер А., Асадчий О.. Исследование сексуального поведения и сексуальной культуры среди мужчин и женщин Молдовы. 2006, - С. 169

2. Курбанова Р.А., Бекназаров М., Салебан О., Джалилова З. Проект мобилизации общины в целях профилактики ВИЧ/СПИД среди трудовых мигрантов и членов их семей//Первая конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. М., 15-17 мая 2006г. - С.169

3. Оганесян Р.А., Григорян С.Р., Галоян А.С. Результаты поведенческих и биологических исследований, проведённых среди беженцев в Армении//Вторая конференция по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии., М., 3-5 мая 2008г., - С. 53

4. Олимова С.К., Курбанова Р.А. Поведенческое исследование среди трудовых мигрантов и членов их семей в Таджикистане//Первая конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. М., 15-17 мая, 2006, - С. 89

ХУЛОСА

Вазъияти вогирии ВИЧ/СПИД дар байни муҳоҷирони меҳнатии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ҳ.Қ. Рофиев, А.Л. Латипов, З.Ҳ. Рофиева

Вазъияти вогирии сирояти ВИЧ дар миёни муҳоҷирони меҳнатӣ сол аз сол бадтар гардида истодааст. Муҳоҷирони меҳнатӣ манбаи хеле хатарноки сироят барои атрофиён мешаванд. Бинобар ин, назорати эпидемиологиро бояд пурзӯр кард. Ҳангоми таҳлили воситаҳои иттилоотӣ, ки муҳоҷирони меҳнатӣ тариқи он маълумотҳоро оиди ВИЧ/СПИД аз падару модарон, хешовандон, омӯзгорону дӯстонашон гирифта метавонистанд, муайян шуд, ки падару модарон (омӯзгорон) баррасии ин мавзӯҳоро аз сабаби муносибатҳои эътимоднок надоштанашон бо онҳо ва аз шармгинии сохта зарур намешуморанд.

Дараҷаи пасти маълумотнокии доираи муҳоҷирони пурсидашуда сатҳи аввалияи ба худ хоси пешгирии сирояти ВИЧ-ро байни онҳо муайян месозад.

SUMMARY
EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON AIDS BETWEEN MIGRANTS TO TAJIKISTAN
H.K. Rafiev, A.L. Latipov, Z.H. Rafieva

Epidemiological situation on AIDS-infection year by year is making worse. The patients are potentially dangerous for human surroundings. Therefore it is needed to intensify epidemiological inspection. Under the analysis of information-canals by which migrants may receive notice about AIDS from relations, friends, teachers it was established that parents (teachers) did not consider the theme because insufficiently trusted connections or false modesty. Low knowledge of migrants fixing biographical data determines speciality of primary level of prophylaxis of AIDS-infection in them.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОБСЕМЕНЁННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИЙ ОБЪЕКТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ Г. ДУШАНБЕ

А.Т.Шамсиддинов
Кафедра ортопедической и терапевтической стоматологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров

Актуальность проблемы. Общим критерием для отнесения случаев инфекции к внутрибольничным (ВБИ) является то, что их возникновение связано с оказанием медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также с инфицированием медицинских работников в результате их профессиональной деятельности [3].

В зависимости от действия различных факторов, частота возникновения ВБИ колеблется в среднем от 3 до 5%. Вместе с тем, исследования, проведённые по специальным программам ВОЗ [1], показали, что ВБИ в среднем поражали 8,4% пациентов. В странах Европы этот показатель составил 7,7%, в США – около 5%, в России – 6,7%. По отчётным данным ЛПУ г. Душанбе частота ВБИ в стационарах составляет 4,4%, однако в действительности она намного выше [2].

Массовый приём пациентов в стоматологических учреждениях обуславливает постоянные контакты как между больными, так и между больными и медицинскими работниками, что способствует широкой циркуляции микроорганизмов в окружающей среде и обсеменённости рук персонала, медицинского инструментария, оборудования, зубопротезных материалов и воздушной среды в рабочих помещениях [4].

Целью исследования было изучение циркуляции микроорганизмов в стоматологических учреждениях и носительства микроорганизмов их медицинским персоналом.

Материалы и методы исследования. Микробный пейзаж циркулирующих возбудителей в окружающей среде стоматологических поликлиник мы определяли путём исследования воздуха внутри рабочих помещений, смывов с объектов внешней среды, выборочно взятых мазков из носоглотки и смывов с рук медицинского персонала. Микробиологические исследования проводили по общепринятым методикам. Учитывая сезонность распространения воздушно-капельных инфекций, нами проведено изучение процента выявления микроорганизмов в тёплый и холодный периоды года.

SUMMARY
EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON AIDS BETWEEN MIGRANTS TO TAJIKISTAN
H.K. Rafiev, A.L. Latipov, Z.H. Rafieva

Epidemiological situation on AIDS-infection year by year is making worse. The patients are potentially dangerous for human surroundings. Therefore it is needed to intensify epidemiological inspection. Under the analysis of information-canals by which migrants may receive notice about AIDS from relations, friends, teachers it was established that parents (teachers) did not consider the theme because insufficiently trusted connections or false modesty. Low knowledge of migrants fixing biographical data determines speciality of primary level of prophylaxis of AIDS-infection in them.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОБСЕМЕНЁННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИЙ ОБЪЕКТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ Г. ДУШАНБЕ

А.Т.Шамсиддинов
Кафедра ортопедической и терапевтической стоматологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров

Актуальность проблемы. Общим критерием для отнесения случаев инфекции к внутрибольничным (ВБИ) является то, что их возникновение связано с оказанием медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также с инфицированием медицинских работников в результате их профессиональной деятельности [3].

В зависимости от действия различных факторов, частота возникновения ВБИ колеблется в среднем от 3 до 5%. Вместе с тем, исследования, проведённые по специальным программам ВОЗ [1], показали, что ВБИ в среднем поражали 8,4% пациентов. В странах Европы этот показатель составил 7,7%, в США – около 5%, в России – 6,7%. По отчётным данным ЛПУ г. Душанбе частота ВБИ в стационарах составляет 4,4%, однако в действительности она намного выше [2].

Массовый приём пациентов в стоматологических учреждениях обуславливает постоянные контакты как между больными, так и между больными и медицинскими работниками, что способствует широкой циркуляции микроорганизмов в окружающей среде и обсеменённости рук персонала, медицинского инструментария, оборудования, зубопротезных материалов и воздушной среды в рабочих помещениях [4].

Целью исследования было изучение циркуляции микроорганизмов в стоматологических учреждениях и носительства микроорганизмов их медицинским персоналом.

Материалы и методы исследования. Микробный пейзаж циркулирующих возбудителей в окружающей среде стоматологических поликлиник мы определяли путём исследования воздуха внутри рабочих помещений, смывов с объектов внешней среды, выборочно взятых мазков из носоглотки и смывов с рук медицинского персонала. Микробиологические исследования проводили по общепринятым методикам. Учитывая сезонность распространения воздушно-капельных инфекций, нами проведено изучение процента выявления микроорганизмов в тёплый и холодный периоды года.

Сравнительные исследования обсеменённости внешней среды проведены в терапевтическом и ортопедическом отделениях, где был наибольший поток пациентов; при оказании им медицинской помощи применялись бормашины, способствующие интенсивному распылению микроорганизмов вместе с осколками зубов и содержимым зубных полостей.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что обсеменённость воздуха микроорганизмами в терапевтическом и ортопедическом отделениях превышала норматив содержания микроорганизмов по общему числу колоний более чем в 50% случаев. В осенне-зимний период это превышение составляло 65,8% от общего числа колоний, соответственно 68,3 и 63,3 в терапевтическом и ортопедическом отделениях.

Основными возбудителями были стафилококки – St.saprophyticus – 20,7%, St.epidermidis – 17%, St.aureus - 7,9%, на долю которых пришлось 45,6% от общего числа выявленных микроорганизмов. Оставшиеся составляли 10 видов возбудителей 56,6%, среди которых около 6,9% (Proteus) и (Ps.aeruginosa) и до 3,9% - Serrati и Hafnia. Стрептококки занимали промежуточное положение. Доля прочих возбудителей, передающихся через воздух, составляла в среднем от 3 до 16%.

Необходимо отметить, что к концу рабочего дня количество микроорганизмов в воздухе указанных отделений поликлиник достигало максимального значения, в 25 раз превышающего обсеменённость воздуха в начале рабочего дня (из расчёта количества колоний в 1м? воздуха).

Важное значение циркуляции микроорганизмов в воздухе стоматологических поликлиник и роли воздушно-капельного и воздушно-пылевого путей передачи инфекции подтверждается результатами смывов носоглотки у медицинского персонала.

Наши исследования показали, что самую большую группу микроорганизмов, обитающих в верхних дыхательных путях медработников терапевтического и ортопедических отделений, составили стафилококки: St.epidermidis – 28-34%, St.aureus – 36-43%, St.saprophiticus – 83-88%. Часто выделялись E.coli (12-17%), грибы Candida – 18-29%, Ps.aeruginosa 4,5-8,2%, Streptococcus выделялись в 2,5-5% случаев.

Вместе с тем, попытка суммировать представление о микробной этиологии ВБИ не отражает всего многообразия и сложности их этиологической структуры. Доказано, что условнопатогенные микроорганизмы (УПМ) могут иметь важное эпидемическое значение.

Сопоставление полученных результатов носительства микроорганизмов медицинскими работниками на слизистых верхних дыхательных путей установило его зависимость от особенностей работы в отделениях стоматологических поликлиник. Так, высокий процент носительства St.aureus отмечен именно в ортопедическом и терапевтическом отделениях, где был наибольший поток пациентов, - соответственно в 1,2 и 1,5 раза больше, чем в остальных отделениях поликлиник. Обращает на себя внимание, что носительство St.aureus в верхних дыхательных путях отмечается в основном у врачей-стоматологов.

Среди специалистов бытует мнение, что на смену St.aureus (золотистый стафилококк) пришла Ps.aeruginosa (синегнойная палочка). Однако наши исследования, как видно из приведённых данных, показывают, что речь идёт не о закономерной смене возбудителей УПМ, а их способности существовать в условиях медицинских отделений.

Результаты исследований смывов с кистей рук медицинских работников показали, что персонал не всегда соблюдает правила мытья рук и их гигиенической обработки, в особенности в терапевтическом, ортопедическом отделениях. И если в терапевтическом отделении высевались в основном грамположительные микроорганизмы, то в ортопедическом, наряду с грамположительной, высевалась и грамотрицательная микрофлоры.

Следует отметить, что на долю медицинских сестёр и зубных техников приходилось почти 100% положительных результатов смывов с кистей рук.

Выводы. Таким образом, циркуляция условно-патогенных микроорганизмов в стоматологических поликлиниках обеспечивается больными с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, и медицинскими работниками, проводящими стоматологические манипуляции. В окружающей среде стоматологических поликлиник в основном циркулируют

Staphilococcus, Streptococcus, E.coli, Ps.aeruginosa, Klebsiella, Proteus, Hafnia, Citrobacter, Serratia, Candida. Микрофлора гнойных отделяемых у больных с гнойно-воспалительными процессами была тождественна микрофлоре, выделяемой из воздуха, а также с рук и верхних дыхательных путей медицинских работников, что даёт основание считать возможным возникновение перекрёстных внутрибольничных инфекций в стоматологических поликлиниках как среди пациентов, так и среди медицинских работников.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Региональное Европейское бюро. Копенгаген. Внутрибольничные инфекции: руководство по лабораторным методам исследований. 2006
2. Заключительный отчёт о НИР сотрудников кафедры эпидемиологии и гигиены за 2002-2006 гг., утверждённый БУС 25.01.07 г.
3. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология. С-П., 2006
4. Котова А.Л. Микробиологические исследования – инструмент для решения важнейших задач стоматологической науки // Проблемы стоматологии – Алматы, 1998, № 1

ХУЛОСА

Арзёбии муқоисавии пошхӯрии барангезандаҳои сирояти объектҳои муҳити атроф дар дармонгоҳҳои стоматологии шаҳри Душанбе

А.Т. Шамсиддинов

Натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидашудаи пошхӯрии барангезандаҳои сирояти объектҳои муҳити атроф дар шӯъбаҳои дармонгоҳҳои дандонпизишкӣ аз миқдори зиёди паҳнхӯрии микробҳо гувоҳӣ медиҳад. Хусусан, сатҳи баланди онҳо дар сачоқҳои дандонпизишкон, дар сачоқчаҳои беморон, дар пайкони дандонҳо, дар оинаҳои стоматологӣ, дар асбобу анҷомҳои тиббӣ мушоҳида карда шуд.

Ҳамаи ин мушоҳидаҳо аз ихтилоли реҷаи беҳдорию беҳдоштӣ ва вогирӣ, риоя накардани қоидаҳои тамйизи ҷорӣ, эҳтимолияти бесамарии воситаҳои тамйизӣ (маҳлулҳои доруҳои хлордошта, перекиси водород, перманганати калий ва маҳлули сетаркиба), ки одатан дар шароитҳои амалии кори дармонгоҳҳои стоматологӣ истифодабаранда дарак медиҳанд.

SUMMARY

COMPARATIVE ESTIMATION OF THE CONTAMINATION BY INFECTION-AGENTS ON OBJECTS OF ENVIRONMENT AT DENTIST-CLINICS OF DUSHANBE

A.T. Shamsiddinov

The results of bacteriological investigation of dentist-clinics of Dushanbe showed large microbial contamination, especially towels for physicians, napkins for patients, teeth-tips, dentist-mirrors, medical instruments that show on breaking of sanitary hygienic and epidemic regime, absence of needed desinfection.

ТАВСИФИ САРИРӢ-ОЗМОИШГОҲӢ ВА ВОГИРИИ СИРОЯТИ РОТАВИРУСӢ ДАР КӮДАКОН

Н.А. Раҳматов, Н.Д. Исломов, Ф.Д.Раҳматуллоева
Кафедраи бемориҳои сироятии кедаконаи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино;
Беморхонаи сироятии клиникавии кедаконаи ш.Душанбе

Пешгуфтор. Солҳои охир аҳамияти сирояти ротавирусӣ дар байни бемориҳои кӯдакона моҳиятан афзудааст. Тибқи маълумоти адабиётҳои илмӣ таносуби гастроэнтерити ротавирусӣ дар структураи сироятҳои медаю рӯдавии кӯдакон аз 7 то 35% - ро ташкил медиҳад, дар байни кӯдакони то 5 сола бошад, он зиёда аз 50% аст.

Барангезандаи ин беморӣ ротавирусҳо мебошанд, ки ба оилаи Reoviridae ва навъи арбовирусҳо дохил мешаванд. Худи мафҳуми «rota» аз калимаи лотинӣ гирифта шуда, ҳамчун чарх тарҷума мешавад, яъне дар зери микроскоп ба чарх шабоҳат дорад. Диаметри ин ҳиссачаҳои вирусӣ аз 65 то 75 нм –ро ташкил медиҳад.

Тасдиқи саририи сирояти ротавирусӣ бо васеъ шудани имкониятҳои ташхисгузории озмоишгоҳӣ, чун истифодаи усулҳои микроскопияи электронӣ, таҳлили иммунофлуорессентӣ (ТИФ) ва амали полимерази занҷирӣ (АПЗ) вобаста аст. Тадқиқотҳои вирусологӣ, ки дар тамоми ҷаҳон гузаронида мешаванд, мавҷудияти якчанд типҳои серологии ротавирусҳо (А, В,С,Д,Е) ва зертипҳои онҳоро муайян кардаанд. Ноустувории масунияти пас аз беморӣ ҳосилшаванда, ҳамин тариқ маънидод карда мешавад. Кӯдаконе, ки сирояти ротавирусиро қаблан аз сар гузаронида буданд, сироятёбии минбаъдаро нисбатан сабук мегузаронанд.

Сирояти ротавирусӣ дорои мавсимнокии баръало буда, бо болоравии беморӣ дар фасли тирамоҳ ва авҷи он дар зимистон, ки бо мутобиқати беҳтари вирус дар муҳити ҳарорати паст вобаста аст, паҳн мешавад.

Сирояти шадиди меъдаву рӯда (СШМР) дар Тоҷикистон дар байни бемориҳои сироятии кӯдакона ҷои дуюмро ишғол мекунад. Мутаасифона, таносуби ҳолатҳои бо усулҳои бактериологӣ ва вирусологӣ тасдиқшудаи СШМР дар ҷумҳурӣ ҳанӯз дар сатҳи хеле паст қарор дорад. Бинобар ин муайян кардани омили этиологӣ дар инкишофи СШМР дар минтақаи мо аҳамияти хоси амалӣ дорад.

Дар чунин мавридҳо дар ҷанбаи ташхисгузорӣ тадқиқотҳои хос ва мувофиқи озмоишгоҳӣ, яъне дар рӯзҳои аввали беморӣ аз истифода бо усули ТИФ ё АПЗ дар фазла пайдо кардани антигени ротавирусӣ, дар хун маълум кардани подзоҳои зиддиротавирусӣ аҳамияти бузург дорад.

Мақсади тадқиқот. Таҳлили ҳаматарафаи вогирӣ ва саририи сирояти ротавирусӣ ва асоснок намудани он тариқи ба роҳ мондани ташхиси озмоишгоҳии вирусологии фазла ба воситаи ТИФ.

Ошкор намудани дараҷаи нисбии паҳншавии сирояти ротавирусӣ нисбати дигар сироятҳои шадиди меъдаю рӯда дар байни кӯдакони то 5-сола. Таҳлилу тавсифи ҳаматарафаи ин беморӣ имкон медиҳад, ки қоидаҳои беҳдоштиро саривақт риоя намуда, пеши роҳи паҳншавии онро дар гурӯҳҳои ташкилӣ (мактабҳо ва боғчаҳо) гирифта шавад. Инчунин ба кӯдакони сироятёфта табобати мақсадноки зиддивирусӣ таъин намуда, пеши роҳи полипрогмазия гирифта шавад.

Материал ва усулҳои тадқиқот. Бо мақсади омӯхтани эзоҳоти саририи-озмоишгоҳии сирояти ротавирусӣ мо 210 бемори синну солашон то 5 соларо, ки дар Беморхонаи сироятии клиникавии кӯдаконаи ш. Душанбе бо ташхиси СШМР бистарӣ шуда буданд, барои муайян намудани мавҷудияти сирояти ротавирусӣ бо усули ТИФ муоина кардем.

Меъёрҳои асосии муоина барои сирояти ротавирусӣ чунин буданд: синну соли то 5 сола; мавҷудияти дарунравии хос ва давомнокии он на зиёда аз як ҳафта.

Тадқиқотҳо бо усули ТИФ дар озмоишгоҳҳои вирусологии ИИТТПТ гузаронида шуданд.

Натиҷаҳо ва мулоҳиза оиди онҳо. Дар 53 санҷише, ки аз 210 бемор гирифташуда буд ва мо онҳоро дар фосилаи март - майи соли 2007 муоина карда будем, Ig M нисбати антигени рота-

вирусҳо дарёфт карда шуд, ки ин 25,2% - ро ташкил дод.

Таҳлили аломатҳои сарирӣ нишон дод, ки ин беморӣ дар байни ҳамаи кӯдакон шадид, бо зуҳуроти муқаррарии гастроэнтерит (дилбеҳузурӣ, истифроғ, дард дар ҳудуди меъда, қуррос ва дамиши шикам, исҳоли обакӣ), аломатҳои заҳролудӣ (ҳарорати баланд, рангпаридагӣ, заифӣ, беҳолӣ, безобитагӣ, сустии иштиҳо), инчунин зуҳуроти дараҷаҳои гуногуни камобии бадан оғоз мегардад. Дар теъдоди начандон зиёди кӯдакон нишонаҳои илтиҳобӣ ба қайд расиданд. Дар ҳамаи кӯдакон ҳангоми бистаришавӣ исҳол (дарунравӣ) мушоҳида шуд. Муттасилии дарунравӣ аз 3 то 5 маротиба дар як шабонарӯз дар 54,6%-и беморон, то 10 бор - 38,2%, дар шумораи боқимондаи кӯдакон бошад зиёда аз 10 маротиба дар як шабонарӯз бо бартарии шакли энтеритии фазла муайян карда шуд. Давомнокии алоими дарунравӣ то 3 рӯз дар 76,4% бемор маҳфуз монда буд, то 5 рӯз - дар 21,2% ва танҳо дар 2,4%-и онҳо дарунравӣ аз 8 то 11 рӯзро дар бар гирифт.

Фазла бештар дорои шакли энтеритӣ ва бадбӯй аст. Мавҷудияти луобпарда дар фазла дар 42,6 %-и беморон мушоҳида шуд. Дилбеҳузурӣ ва истифроғ дар 62,8%-и онҳо, қурроси рӯдаҳо ва шикамбод дар 48,3% кӯдакон ба қайд гирифта шуд.

Ҳарорати баланд дар ҳамаи беморони муоинашуда ба назар расид, аммо дар 71,6%-и ҳолатҳо ҳарорат дар муддати на бештар аз 3 рӯз то 38 дараҷа баланд шуд. Дар 28,4% кӯдакон ҳипертермия то 39,5-40 дараҷа тӯли 5 шабонарӯз давом ёфт. Нишонаҳои заҳролудии давомнокиашон ба ҳисоби миёна то 3 рӯз дар 61,6%-и ҳолатҳо маълум карда шуд. Ба ғайр аз ин, меъёри асосии вазнинии ҷараён дар мавриди сирояти ротавирусӣ ин нишонаҳои камобии бадан мебошад. Аз беморони муоинакардаи мо бо сирояти ротавирусӣ тариқи озмоишгоҳии тасдиқшуда дар 92,6%-и ҳолатҳо кӯдакон бо зуҳуроти гуногуни камобии бадан бистарӣ шуданд.

Дар шӯъба ба беморон муолиҷаи маҷмӯӣ гузаронида шуд, ки чунин ҷабҳаҳоро дар бар гирифт: давоҷоти этиотропӣ (зиддивирусӣ); тазриқи дохиливаридӣ бо мақсади обиштарӣ ва безаҳргардонии организм; муолиҷаи регидрататсионии даҳонӣ; энтеросорбентҳо; истеъмоли кӯтоҳмуддати доруҳои зиддиилтиҳобии гайристероидӣ; ферментҳо; биопрепаратҳо ва парҳез.

Дар натиҷаи табобати гирифташу да офияти ҳолати умумӣ ба назар расид: ҳарорати бадан ба эътидол омад, аломатҳои заҳролудӣ нопадид шуданд, дилбеҳузурӣ ва истифроғ дар шабонарӯзҳои дуюм ва сеюм, зуҳуроти камобии бадан дар шабонарӯзи аввали бистаришавӣ бартараф карда шуданд. Дамиш ва дарди шикам, ба ҳисоби миёна, то 3 шабонарӯз давом кард. Наздикии шабонарӯзҳои 3-4 ба эътидол омадани муттасилӣ ва эзоҳоти наҷосат ҳам зоҳиран ва ҳам тариқи озмоишгоҳӣ мушоҳида шуд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, дар асоси далелҳои сарирӣ-озмоишгоҳӣ бояд қайд кард, ки дар зиёда аз 25%-и кӯдакони нисбати СШМР муоинашуда омили бемории онҳо - сирояти ротавирусӣ мебошад. Сирояти ротавирусӣ ба таври сарирӣ, мисли гастроэнтероколити шадид бо аломатҳои ба ин беморӣ хос ва тағйиротҳои начандон зиёди илтиҳобӣ дар ҳалқум мегузарад.

Сирояти ротавирусӣ оғози шадид дошта, дар бисёр ҳолатҳо бо аломатҳои заҳролудии начандон шадид ва, аз ҷумла, нишонаҳои камобии бадан маълум мешавад.

Муолиҷаи мутобиқан ва мувофиқан дуруст интихобкарда дар мавриди сирояти ротавирусӣ ба ремиссияи (беҳбудии муваққатӣ) саририи зуд ба амаломадаи ин беморӣ мусоидат мекунад.

Полипрогмазия бо таъиноти давоҷоти зиддимикробӣ боиси сар задани дисбактериоз ва норасоии дуюмдараҷаи лактаза мегардад, ки бевосита боиси вазнин гузаштани беморӣ ва зиёд шудани рӯзи бистарӣ дар беморхона мегардад.

АДАБИЁТ

1.Василев Б.Я., Василева Р.И., Лобзин Ю. В. Бемориҳои шадиди рӯдаҳо//Ротавирусҳо ва сирояти ротавирусӣ. 2000,-саҳ. 216-327

2. Мазанкова Л. Н. Клиника ва ташхиси сирояти ротавирусӣ дар кӯдакон. Хулосаи рисолаи номзадӣ, 1988

3. Ташхиси сарирӣ-озмоишгоҳии бемориҳои сироятӣ//Дастур барои духтурон. 2001,- саҳ. 273-276

4. Учайкин В.Ф. Дастур оиди бемориҳои сироятии кӯдакон. 1998,- саҳ. 454-462

РЕЗЮМЕ
Клинико-лабораторная и эпидемиологическая характеристика ротавирусной инфекции у детей
Н.А. Рахматов, Н.Д. Исломов, Ф.Д. Рахматуллоева

За последние годы существенно возросло значение ротавирусной инфекции (РВИ) в патологии детского возраста.

По данным литературы, удельный вес ротавирусного гастроэнтерита в структуре острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей колеблется от 7 до 35%, а среди детей до 5-ти летнего возраста - 50% и более. Базируясь на клинико-лабораторных данных, следует отметить, что этиологическим фактором у более 25% обследованных больных с ОКИ является РВИ.

Клинически РВИ протекает в виде острого гастроэнтероколита с присущими для этой болезни характерными симптомами и с незначительными катаральными изменениями в ротоглотке. РВИ имеет острое начало, и в большинство случаев протекает с умеренно выраженными симптомами интоксикации, а также с проявлениями признаков обезвоживания.

SUMMARY
CLINICAL LABORATORY AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF ROTAVIRUS-INFECTION IN CHILDREN
N.A. Rahmatov, N.D. Islomov, F.D. Rahmatulloeva

In the last years the role of rotavirus-infection (RVI) in children-pathology increased essentially. On the data of medical publications, the share of rotavirus-gaster-enteritis in the structure of acute intestinal infections (AII) in children is 7-35%, and in age to 5 years – more 50%. Clinical laboratory data showed that in 25% patients with AII etiological factor is RVI. Clinically RVI progresses as acute gaster-enteritis with specific symptoms and some catarrh alterations in oropharinx. RVI has acute begin and moderate symptoms of intoxication and dehydratation.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ЛИМФОИДНЫЕ СТРУКТУРЫ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЧЕЛОВЕКА

О.Т. Девонаев, Х.М. Мирзоев, А.А. Алиев
Кафедра анатомии человека им. Я.А. Рахимова ТГМУ

Введение. Органы иммунной системы у людей в условиях нормы исследованы крайне диспропорционально. Достижения в области прикладной иммунологии и иммуноморфологии достигли значительной глубины, что подтверждается наличием большого количества исследований, включая работы обобщающего плана, где с позиций современных достижений органы иммунитета рассматриваются как единая система защиты организма.

Успехи в развитии наук иммунологической направленности (иммунология, аллергология, иммуноморфология) вносят существенный вклад в развитие клинической медицины, обеспечивают улучшение результатов практического здравоохранения.

Эти успехи, однако, невозможны без наличия существенной теоретической базы, на создание которой направлены усилия многих специалистов-морфологов, рассматривающих различные аспекты структурных характеристик центральных и периферических органов иммуногенеза.

Многие данные, в связи с определёнными объективными сложностями, носят тезисный характер, опубликованы в региональных и институтских сборниках, будучи недоступными широкому кругу заинтересованных специалистов (морфологов, клиницистов).

Однако, не хватает строгих количественных нормативов - размеров лимфоидных образований, их клеточного состава. Видимо, отчасти относительный дефицит таких работ связан с объективными сложностями в получении такого фактического материала для исследований при изучении секционного материала. Отсутствие нормативных материалов, характеризующих состояние иммунных органов на разных этапах постнатального онтогенеза, не способствует, однако, развитию клинических исследований, правильному пониманию патогенеза многочисленных заболеваний.

Органы мочевыведения (почечные чашки, лоханки, мочеточники, мочевой пузырь и мочеиспускательный канал), помимо их важнейшей физиологической

функции, интересуют патологов и клиницистов из-за наличия большого разнообразия их аномалий, частым поражением злокачественными и доброкачественными новообразованиями, частыми травмами (особенно нижних отделов мочевыводящих путей), воспалительными и многочисленными другими заболеваниями (1.2).

Целью данной работы явилось получение макро-микроскопических данных относительно лимфоидных структур мочевыводящих путей.

Материалы и методы исследования. На тотальных препаратах, полученных от трупов 152 человек разного возраста и пола, методом окраски гематоксилином Гарриса, а также гистологическими методами (окраска срезов гематоксилином-эозином, по ван Гизон, азур-2-эозином, по Браше), мы изучили лимфоидные структуры, начиная от почечных чашек проксимально и до уретры включительно. В набранный материал не вошли случаи с патологией мочевыделительных органов.

Результаты и их обсуждение. Лимфоидный аппарат у мочевыводящих органов представлен внутриэпителиальными лимфоцитами, диффузной лимфоидной тканью и лимфоидными узелками. Диффузная лимфоидная ткань и лимфоидные узелки расположены как между складками, так и в толще складок слизистой оболочки, залегая субэпителиально, так и около внутристеночных желёз, соединительно-тканной строме желёз, что соответствует принципам микротопографии лимфоидных структур и у других полых органов периферического звена иммунной системы (3).

Морфологическими методами доказали, что лимфоидная ткань находится на протяжении всех

Таблица

Общее число лимфоидных узелков в стенках мочевыводящих путей мужчин и женщин в постнатальном онтогенезе

($\overline{X} \pm S_{\overline{X}}$, min – max)

Возраст	Пол, число лимфоидных узелков у мочевыводящих путей			
	n	Мужской	*n*	Женский
Новорождённые	7	169,4 ± 5,28 150 – 185	7	143,2 ± 7,0 123 – 180
Грудной	6	193,2 ± 7,97 130 – 200	6	163,1 ± 6,12 135 – 192
Ранний детский	6	259,1 ± 7,97 218 – 280	6	205,3 ± 16,12 160 – 268
1-й детский	7	270,0 ± 8,62 223 – 300	7	242,1 ± 8,32 185 – 260
2-й детский	6	243,0 ± 12,57 192 – 280	6	226,8 ± 12,04 175 – 260
Подростковый	5	237,6 ± 16,59 179 – 270	5	219,4 ± 15,92 172 – 260
Юношеский	6	233,3 ± 14,7 162 – 262	6	212,8 ± 9,68 160 – 244
Зрелый возраст, 1-й период	7	219,6 ± 11,0 140 – 233	7	199,3 ± 11,1 136 – 230
Зрелый возраст, 2-й период	8	210,6 ± 9,63 135 – 230	8	184,5 ± 9,7 130 – 226
Пожилой	8	176,5 ± 10,69 99 – 202	8	158,2 ± 12,1 90 – 204
Старческий	5	154,6 ± 17,04 74 – 200	5	142,1 ± 13,6 70 – 160
Долгожители	5	159,5 ± 16,6 78 – 202	5	148,3 ± 13,6 72 – 182

Примечание: n - число наблюдений

мочевыводящих органов, от малых чашек проксимально до дистальной части уретры включительно. Лимфоидные узелки имеются у средней и нижней трети мочеточника человека, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, как мужского, так и женского. При этом лишь у мочевого пузыря мы выявили центры размножения в составе лимфоидных узелков.

Все лимфоидные структуры мочевыводящих органов представлены качественно однотипным набором клеточных элементов, среди которых постоянно, вне зависимости от возраста и пола, области расположения, преобладают малые и средние лимфоциты, образующие для них ретикулярные клетки. Постоянно выявляются бласты, большие лимфоциты, что отражает лимфоцитопролиферативные процессы. Всегда выявляются плазмоциты, имеются макрофаги, клетки с картиной митоза и деструкции.

Обнаружили типичные межклеточные ассоциации среди клеток лимфоидного ряда, среди них мы дифференцируем плазмоцитарно-лимфоцитарные комплексы плазмоцит в окружении лимфоцитов, а также макрофагально-лимфоцитарные комплексы, рядное расположение малых и средних лимфоцитов.

Кроме этого, мы получили различные нормативные данные, характеризующие количество и размеры лимфоидных структур в стенках мочевыводящих органов (см. табл.).

Мы показали, что макро-микроанатомические характеристики, размеры и количество лимфоидных узелков, абсолютное содержание клеток лимфоидного ряда в их составе и в диффузной

лимфоидной ткани характеризуются значительной индивидуальной изменчивостью.

Выявили локальные особенности морфологии иммунных структур мочевыводящих органов. Доказали наличие проксимо-дистального градиента. Он характеризуется увеличением в уретре числа, плотности локализации, длины, ширины, площади лимфоидного узелка, абсолютного числа клеток лимфоидного ряда.

Показали, что лимфоидный аппарат мочевыводящих органов изменяется на протяжении постнатального онтогенеза (4). Уже у новорождённых детей, первые лимфоидные структуры достаточно зрелые, имеется и диффузная лимфоидная ткань, и лимфоидные узелки, все типичные межклеточные ассоциации среди клеток лимфоидной ткани.

Были выявлены инволютивные изменения лимфоидных структур мочевыводящих путей. Они проявляются уменьшением общего числа и плотности расположения этих структур, снижением количества клеток лимфоидного ряда, уменьшением числа типичных для лимфоидной ткани мочевыводящих органов межклеточных ассоциаций, разрастанием стромы лимфоидной ткани. Эти изменения соответствуют общей атрофии лимфоидного аппарата организма (5).

Таким образом, полученные нами секционные данные выявили неизвестные ранее факты, определили многие закономерности, важные не только для клиники, но и имеющие более широкий медико-биологический аспект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кудрявцев Л.А. Оперативные методы лечения последствий травм уретры.- Самара, 1992
2. Лопаткин Н.А. и соавт. Руководство по урологии, т.2.-1998
3. Сапин М.Р., Никитюк Д.Б. Иммунная система, стресс и иммунодефицит.- М., 2000
4. Девонаев О.Т., Никитюк Д.Б., Мирошкин Д.В. Особенности лимфоидных структур мочевыводящих путей у мужчин и женщин//Морфологические ведомости. №1-2, 2005
5. Никитюк Д.Б., Девонаев О.Т. Особенности иммунных структур мочевого пузыря в старческом возрасте и в период долгожительства//Здравоохранение Таджикистана. №3, 2004, -С.82-83

ХУЛОСА

Сохтори лимфавии роҳҳои пешоббароии инсон

О.Т. Девонаев, Х.М. Мирзоев, А.А. Алиев

Бо истифода аз препаратҳои умумӣ мо сохтори лимфавиро аз косачаҳои проксималии гурда сар карда то пешоброҳа мавриди омӯзиш қарор додем.

Маълумотҳои ба даст овардаи мо бисёр мавридҳои қаблан номаълум ва қонуниятҳоеро муайян намуданд, ки на танҳо барои клиника муҳим мебошанд, балки ҷанбаҳои муҳими тиббӣ - биологӣ низ доранд.

SUMMARY

LYMPHOID STRUCTURES OF HUMAN URETHRA

O.T. Devonaev, H.M. Mirzoev, A.A. Aliev

Lymphoid structures from kidney-cups to urethra were studied by total preparations. Section data showed unknown facts, determined many rules which were important for the clinic and for medical biological aspect too.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОИДНО-ЖЕЛЕЗИСТЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СТЕНКАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

С.Т. Ибодов, Д.Б. Никитюк, К.М. Курбанов
Кафедры патологической анатомии; хирургических болезней №1 ТГМУ

Введение. Лимфоидные структуры и железы являются, как известно, постоянным и важным структурным компонентом в стенках двенадцатиперстной кишки. Установлена роль этих структур в формировании местного иммунитета, обеспечивающего резистентность и адекватную адаптацию слизистой оболочки этого отдела пищеварительного тракта к действию чужеродных факторов, включая пищевые антигены, имеющиеся в просвете кишки и фиксированные на её слизистой оболочке, в том числе и патогенные микроорганизмы [1,2]. Вместе с тем, роль желёз, продуцирующих секрет щелочной среды, значима и в плане нейтрализации кислого содержимого желудка, (образование кишечного сока). Поэтому не удивительно, что в стенках двенадцатиперстной кишки - начального отдела кишечника, имеется мощно развитый железистый аппарат, представленный дуоденальными (Брунеровыми) и кишечными (Либеркюновыми) железами. Публикации о них, достаточно многочисленные, отражают их морфологию крайне противоречиво, результаты исследования обычно не сопоставимы по причине использования авторами различных методических приёмов исследования в ряде случаев патологически изменённого материала (дуодениты и др.). Среди аспектов, почти не отражённых в научной литературе, следует признать особенности структурных взаимоотношений между железистым аппаратом и лимфоидными структурами двенадцатиперстной кишки. Вместе с тем, этот вопрос очень важен, поскольку выводные протоки желёз, открывающихся на поверхности слизистой оболочки, могут являться входными воротами для проникновения внутрь кишечной стенки, а следовательно, во внутреннюю среду организма, генетически чужеродного материала. Этот материал, по-видимому, не всегда вымывается секретом желёз, что связано как с наличием биоритмов (гетерохронии) у секреторного процесса, так и периодическим ослаблением секреции, например, при возрастной инволюции секреторной деятельности. Поэтому данный вопрос имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

Целью работы явилось изучение морфологических особенностей взаимоотношений лимфоидной ткани и железистого эпителия в стенках двенадцатиперстной кишки у практически здоровых людей разного возраста.

Материалы и методы исследования. Микроанатомически изучена стенка двенадцатиперстной кишки, полученная от трупов (42) практически здоровых при жизни людей разного возраста, погибших от случайных причин и не имевших признаков патологии пищеварительного тракта, органов иммунной системы. Микроскопические препараты (поперечные срезы толщиной -7мкм), полученные из середины передней стенки каждой из частей этого органа (верхней, нисходящей, поперечной и восходящей), окрашивали гемотаксилином - эозином, азур-2-эозином, по Браше.

Результаты и их обсуждение. Железистый аппарат двенадцатиперстной кишки, по нашим данным, образован дуоденальными и кишечными железами. Дуоденальные железы, преимущественно альвеолярно-трубчатой структуры, более крупные, их начальные отделы находятся в подслизистой основе, выводные протоки открываются преимущественно между кишечными железами. Кишечные железы (крипты) имеют трубчатую форму, иногда частично разветвлены в базальном отделе, залегают в собственной пластинке слизистой оболочки. Лимфоидные структуры двенадцатиперстной кишки представлены лимфоидными узелками (преимущественно со светлыми центрами) и диффузной лимфоидной тканью, а также отдельными клетками лимфоидного ряда (в основном малыми лимфоцитами), расположенными в поверхностном эпителии.

По нашим данным, у новорождённых детей и в раннем детском возрасте, несмотря на су-

щественное развитие желёз и лимфоидной ткани (принцип структурной достаточности), клетки лимфоидного ряда в непосредственной близости от выводных протоков дуоденальных желёз, в их строме в пределах начального отдела, возле кишечных крипт выявляются достаточно редко, что свидетельствует о незначительной интенсивности лимфоидно-железистых взаимоотношений. В подростковом возрасте, и в особенности в 1-м и 2-м периодах зрелого возраста, клетки лимфоидного ряда возле железистых структур выявляются постоянно и на протяжении всей слизистой оболочки и подслизистой основы двенадцатиперстной кишки. Клетки лимфоидного рада, среди которых преобладают малые лимфоциты (32,5+4,5%) и средние лимфоциты (23,6+4,0%), макрофаги, плазматические клетки, постоянно находятся непосредственно возле выводных протоков дуоденальных желёз. Эти клетки окружают выводной проток железы циркулярными рядами (типа «венчика»). Количество рядов, образованных метками лимфоидного ряда, максимально возле покровного эпителия (5-7 рядов), уменьшается вглубь кишечной стенки. Число таких рядов возле мышечной пластинки слизистой оболочки обычно составляет 3-4, в подслизистой основе, там, где выводные протоки только начинаются - 2-3 ряда. Кроме того, возле выводного отверстия железы (устья) в собственной пластинке слизистой оболочки находятся часто лимфоидные узелки. Иногда выводной проток железы как бы прободает сам лимфоидный узелок, обычно в его центральной части. Эти узелки имеют преимущественно центры размножения. Возле стенок кишечных крипт, в собственной пластинке слизистой оболочки, на протяжении всей кишечной стенки также имеются клетки лимфоидного ряда (малые, средние, большие лимфоциты, макрофаги, отдельные тучные клетки, плазмоциты), сопровождающие железу на всём её протяжении. Создаётся впечатление, что лимфоидные клетки (их ряды, лимфоидные узелки) наподобие «сторожевых постов» контролируют проникновение чужеродного материала через просвет железы в толщу кишечной стенки. Кроме того, клетки лимфоидного ряда, по нашим данным, в этом возрасте постоянно встречаются и образуют тяжи (ряды), скопления неправильной формы в соединительнотканной строме железы, разделяющей её дольки, группы начальных частей железы (альвеол) друг от друга. Часто отдельные клетки лимфоидного ряда имеются в самой эпителиальной выстилке железы, т.е. находятся между секреторными клетками, что, видимо, свидетельствует об иммунном надзоре за секреторным процессом.

Выводы. В пожилом и старческом возрасте, по нашим данным, на фоне общей редукции железистых и лимфоидных структур (уменьшение размеров начальных отделов желёз, их числа, размеров и количества лимфоидных узелков и центров размножения) ослабевает интенсивность лимфоидно-железистых взаимоотношений. Клетки лимфоидного ряда в меньшем количестве и реже определяются возле выводных протоков желёз, в их строме. Это может свидетельствовать о возрастном ослаблении местных иммунных процессов в стенке кишки, что создаёт морфо - физиологические предпосылки для развития сенильной патологии этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1.Зуфаров К.А. Иммунные структуры и возраст//Здравоохранение Киргизии. -1983, вып. 12.-С.56-59

2.Сапин М.Р., Никитюк Д. Б., Шадлинский В. Б., Мовсумов Н. Т. Малые железы пищеварительной и дыхательной систем.-М.,АПП«Джангар», 2000

ХУЛОСА

Хусусиятҳои морфологии робитаҳои лимфавӣ - ғадудӣ дар девораи рӯдаи дувоздаҳангуштаи инсон дар ҷанбаи синну солӣ

С.Г. Ибодов, Д.Б. Никитюк, К.М. Қурбонов

Мақолаи мазкур ба омӯзиши хусусиятҳои морфологии робитаҳои дутарфаи бофтаи лимфавӣ ва эпителияи ғадудӣ дар девораи рӯдаи дувоздаҳангуштаи одамони синну солашон гуногун бахшида шудааст.

Мушоҳидаҳо нишон доданд, ки бо гузашти синну сол шиддати робитаҳои лимфавӣ - ғадудӣ,

ҷараёни масунии мавзеӣ дар деворaи рӯдаҳо суст мегарданд. Ин, дар навбати худ, заминаи сохтору вазоифиро барои инкишофи эътилоли сенилӣ (пирӣ) фароҳам меорад.

SUMMARY
AGE ASPECT OF MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF LYMPHOID-GLAND CONNECTIONS AT WALLS OF HUMAN DUODENUM
S.T. Ibodov, D.B. Nikityuk, K.M. Kurbanov

In the article the study of morphological connections between lymphoid tissues and gland epithelium in walls of duodenum in healthy persons of different age. It was shown that by age the intensity of lymphoid-gland-connections, local immune processes at walls of duodenum was weakened that forms morphological and physiological base for initiation of senile pathology of the locus.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ МЕДИЦИНСКОГО РАЙОНИРОВАНИЯ В СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Ф.Ф. Сайфуллоев
Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения с курсом истории медицины ТГМУ

Введение. Современный этап развития медицинской службы характеризуется новыми задачами, решение которых должно быть направлено на повышение уровня, качества и эффективности лечебно-профилактической помощи. Исключительное значение приобретает разработка научно обоснованных предложений по прогнозированию размещения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) как основы составления планов социально-экономического развития конкретной территории. В республиканском, областных и районных центрах сегодня имеются реальные возможности предоставления населению необходимой амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (1,7,8,10).

Удовлетворение потребности сельского населения в медицинской помощи в оптимальном объёме и адекватном качестве зависит в первую очередь от научно обоснованного планирования развития сети ЛПУ и её материально-технического и кадрового состояния (3,4,6,9). В связи с этим, уровень развития сети ЛПУ следует рассматривать как важнейший показатель и критерий обеспечения населения медицинской помощью.

В указанном аспекте дальнейшее совершенствование методов и принципов научного обоснования перспективных схем территориального размещения ЛПУ в сельской местности Таджикистана является важной государственной социально-гигиенической проблемой, от решения которой зависит укрепление здоровья населения и обеспечение его доступной медицинской помощью.

Сложность решения проблемы развития сети ЛПУ в Таджикистане обусловлена огромным разнообразием географических условий, характером расселения, административной значимос-

ҷараёни масунии мавзеӣ дар деворaи рӯдаҳо суст мегарданд. Ин, дар навбати худ, заминаи сохтору вазоифиро барои инкишофи эътилоли сенилӣ (пирӣ) фароҳам меорад.

SUMMARY
AGE ASPECT OF MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF LYMPHOID-GLAND CONNECTIONS AT WALLS OF HUMAN DUODENUM
S.T. Ibodov, D.B. Nikityuk, K.M. Kurbanov

In the article the study of morphological connections between lymphoid tissues and gland epithelium in walls of duodenum in healthy persons of different age. It was shown that by age the intensity of lymphoid-gland-connections, local immune processes at walls of duodenum was weakened that forms morphological and physiological base for initiation of senile pathology of the locus.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ МЕДИЦИНСКОГО РАЙОНИРОВАНИЯ В СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Ф.Ф. Сайфуллоев
Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения с курсом истории медицины ТГМУ

Введение. Современный этап развития медицинской службы характеризуется новыми задачами, решение которых должно быть направлено на повышение уровня, качества и эффективности лечебно-профилактической помощи. Исключительное значение приобретает разработка научно обоснованных предложений по прогнозированию размещения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) как основы составления планов социально-экономического развития конкретной территории. В республиканском, областных и районных центрах сегодня имеются реальные возможности предоставления населению необходимой амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (1,7,8,10).

Удовлетворение потребности сельского населения в медицинской помощи в оптимальном объёме и адекватном качестве зависит в первую очередь от научно обоснованного планирования развития сети ЛПУ и её материально-технического и кадрового состояния (3,4,6,9). В связи с этим, уровень развития сети ЛПУ следует рассматривать как важнейший показатель и критерий обеспечения населения медицинской помощью.

В указанном аспекте дальнейшее совершенствование методов и принципов научного обоснования перспективных схем территориального размещения ЛПУ в сельской местности Таджикистана является важной государственной социально-гигиенической проблемой, от решения которой зависит укрепление здоровья населения и обеспечение его доступной медицинской помощью.

Сложность решения проблемы развития сети ЛПУ в Таджикистане обусловлена огромным разнообразием географических условий, характером расселения, административной значимос-

тью населённых мест, их типов и т.д. На сегодня в республике сеть ЛПУ сложилась без учёта вышеупомянутых факторов, что обусловило её несовершенство.

Цель исследования: научное обоснование основных принципов построения сети лечебно-профилактических учреждений в сельской местности.

Материал и методы. Состояние здоровья населения в сельских районах республики комплексно исследовано, в связи с чем имеются исходные материалы (2) для перспективного планирования развития сети ЛПУ. Для решения поставленных задач нами был проведён ретроспективный анализ сельских поселений административных районов республики с учётом таких параметров, как территория республики, плотность населённых пунктов, административно-территориальные единицы исследуемых объектов и максимальное расстояние сёл от районных центров.

Научно обосновывая основные принципы построения сети ЛПУ в сельской местности, нами введены расчётные планово-нормативные показатели для их практической реализации, отражающие особенности и структуру потребности населения конкретного административного района республики в медицинской помощи. В связи с этим, нами использовались нормативы амбулаторно-поликлинической помощи, разработанные НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А.Семашко, дифференцированные по странам СНГ и экономическим зонам Российской Федерации с внесением в них коррективов в зависимости от факторов, отражающих региональные, демографические, климатогеографические и медико-организационные особенности.

Результаты и их обсуждение. На основании проведённого анализа мы обратили особое внимание на небольшие сёла, так как в связи с их наличием возникают больше трудностей в плане создания сети доступной медицинской помощи. Полученные результаты позволяют утверждать, что в структуре сельских поселений республики в среднем 26,2% составляют такие сёла, в каждом из которых проживает до 500 жителей. Большая часть сельских поселений (51,6%) имеет до 1500 жителей. Такой высокий удельный вес небольших сёл свидетельствует о наличии серьёзных трудностей в обеспечении населения квалифицированной медицинской помощью на местном уровне расселения.

Удельный вес относительно крупных сёл невысок. Так, в каждом из 19% сёл насчитывается около 3 тыс. жителей, причём величина этого показателя по разным административным районам колеблется в пределах от 1,4 до 47,5%. В среднем на одно крупное село приходится 5-6 маленьких поселений, что свидетельствует о необходимости интеграции квалифицированной медицинской помощи на местном уровне расселения (2).

Территория республики (143,1тыс. км^2), плотность населённых пунктов (50,4 на 1 км^2), административно-территориальные единицы (районы – 62, города – 17, посёлки городского типа – 54, сельские советы – 367) и максимальное расстояние сёл от районных центров, на наш взгляд, являются важными факторами в решении вышеназванной проблемы.

Анализ распределения сельских поселений административных районов республики, в зависимости от расстояния до районного центра, свидетельствует о том, что в среднем около 12,9% сёл расположены вблизи них (до 5 км), что позволяет интегрировать специализированную медицинскую помощь.

Примерно половина сёл (47,1%) сосредоточена в радиусе до 15 км от районного центра, и для обеспечения населения этих сёл доступной специализированной медицинской помощью особых трудностей не возникает. В то же время высока доля сёл, расположенных на расстоянии более 30 км (14,2%) от районного центра. Причём по величине этого показателя административные районы значительно отличаются друг от друга. Например, в некоторых районах максимальный радиус по отношению к районному центру составляет не менее 20 км, а в других районах более 30% сёл находятся от районного центра на расстоянии более чем на 30 км. Следовательно, едиными нормативами квалифицированной медицинской помощью удовлетворить потребность сельского населения в этих районах не представляется возможным.

Изложенное диктует необходимость учитывать время для преодоления пути к специалисту. Его целесообразно устанавливать для каждого села в виде усреднённого показателя времени на

преодоление пути жителями прикреплённых сёл (жители сёл, которые расположены на расстоянии до 5 или до 10 км могут получить медицинскую помощь в перспективе в базовом селе). Оно выбирается для размещения в перспективе медицинских учреждений в целях обеспечения оптимальной доступности медицинской помощи. Такой же показатель устанавливается для жителей базового села при их посещении врача в своём населённом пункте. При этом должны учитываться климатические и сезонные факторы, влияющие на исчисляемый показатель.

Общий анализ сельских поселений республики в медико-географическом аспекте выявил некоторые особенности. Во-первых, значительное количество соседних сёл вокруг крупных поселений расположено сравнительно компактно (до 5 км). Во-вторых, общее количество соседних сёл небольшое (от 3 до 8). В-третьих, численность населения в зоне радиуса до 10 км вокруг крупных сёл сравнительно небольшая (колеблется в среднем от 12 до 25 тыс.). В-четвёртых, малых поселений, не имеющих интеграционной возможности для оказания медицинской помощи, довольно много.

С учётом вышеизложенного, для доступности оказываемой сельскому населению Таджикистана медицинской помощи, предлагаем разработанную нами условную схему расположения сети ЛПУ при различном радиусе местной системы расселения. Так, крупные поселения с числом жителей более 3 тыс. человек и близлежащими сёлами в радиусе до 5 км могут быть центрами интеграции квалифицированной медицинской помощи на местном уровне расселения. В крупных посёлках с населением более 5 тыс. человек и близлежащими сёлами в радиусе до 10 км, имеющими на местном уровне расселения около 25 тыс. жителей, возможно приближение сети ЛПУ к населению с учётом высокой его плотности. В таких посёлках можно размещать медицинские учреждения, оказывающие специализированную и квалифицированную помощь.

Если общая численность населения в зоне 10 км от крупных поселений административного района колеблется до 10 тыс. человек, тогда интеграционные возможности специализированной медицинской помощи здесь сравнительно ограничены, следовательно, такие зоны могут стать лишь центрами интеграции квалифицированной медицинской помощи. А в районах, где в зоне 10 км от крупных поселений сосредоточены до 25 тыс. населения, сравнительно высоки интеграционные возможности специализированной медицинской помощи.

В административных районах, сёла которых находятся от них в радиусе до 10 км, могут быть размещены учреждения, оказывающие специализированную и квалифицированную медицинскую помощь.

Для средних поселений (1-3 тыс. человек) административных районов, не имеющих близлежащих соседних сёл в радиусе до 10 км, целесообразно создание автономной (неитегрированной) службы квалифицированной медицинском помощи. В случае, если несколько сёл имеют по одному соседнему селу, и в них нет больших возможностей для интеграции медицинского обслуживания, тогда следует приблизить медицинскую помощь жителям близлежащих сёл к большим центрам местной системы расселения.

Вывод. Результаты данного исследования позволяют дать научно обоснованный выбор сельских поселений для размещения ЛПУ и формировать перспективные планы их развития для повышения доступности, качества и эффективности лечебно-профилактической помощи населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Головтеев В.В., Демьянова В.А. Методические указания по разработке научно-обоснованных схем перспективного развития и размещения сети лечебно-профилактических и аптечных учреждений. М., 1993
2. Здравоохранение в Республике Таджикистан //Статистический сборник. Душанбе, 2006
3. Кузьменко М.М. Материалы международного семинара Международной организации труда

по вопросам занятости и трудовой деятельности в области здравоохранения в странах Центральной и восточной Европы. Прага, 1997

4. Планирование и управление в секторе здравоохранения: отчет о совещания ВОЗ. Копенгаген, 2007

5. Таджикистан в цифрах. Краткий статистический сборник. Душанбе, 2008

6. Таенкова О.Н., Топалов К.П. Мониторинг здоровья медицинских работников, его связь с человеческим потенциалом //Социальная политика в Дальневосточном регионе России: тез. докл. межрегион. научн.-практ. конф. Хабаровск, 2001. –С. 213-215

7. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим, 1999

8. Davies G.N. Primary health care for developing countries / World Health Forum. -2001. –Vol. 12, N 2. –P. 168-174

9. Lfast J.M., Wallace R.B. Public Health and Preventive Medicine. – Maxey-Rosenau-Last 13th Edition. Norwalk, CT: Appltton and Lange, 2002. -48p.

10. WHO. Our planet, our health: Report of the WHO Cornmission on health. Geneva, 2002

ХУЛОСА

Роҳҳои илман асосноки ноҳиябандии тиббии сокинони деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ф.Ф. Сайфуллоев

Дар мақола масоили марбут ба рушди шабакаи муассисаҳои табобатию пешгирӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мавриди баррасӣ қарор гирифтаанд ва барои беҳтар намудани дастрасӣ, сифат ва самаранокии кӯмаки табобатию пешгирӣ бо роҳи интихоби илман асосноки маҳали ҷойгиршавии муассисаи тиббию пешгирӣ вобаста ба миқдор, мавқеи ҷойгиршавии аҳолӣ ва ғайра тавсияҳо дода шудааст.

SUMMARY

SIENTIFIC STUDY OF PRINCIPLES OF MEDICAL DISTRICTING OF VILLAGES AT REPUBLIC OF TAJIKISTAN

F.F. Saifulloev

In the article the problem of developing of the net of medical prophylactic institutions at Republic of Tajikistan, and recommendations for improvement of accessibility, quality and effect of medical prophylactic aid using scientifically based choice of disposition of these institutions in the dependent from population-quantity and geographycal factors was studied.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

М.М.Каратаев, Г.М.Субанбаева, А.Н.Чен

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации;
Высшая школа общественного здравоохранения г. Бишкек

Введение. Среди всех видов ресурсного обеспечения здравоохранения кадровые ресурсы играют важнейшую роль в функционировании и развитии отрасли, отличаясь наиболее высокой рентабельностью, так как затраты на подготовку кадров, их содержание и развитие, особенно при существующей низкой оплате труда несравнимы с тем социальным и экономическим эффектом, который получает общество в отношении сохранения человеческого и трудового потенциала. Кадры – единственный вид ресурсов, который со временем не только не теряет исходной стоимости, а приобретает более высокую ценность за счет накопления профессиональных навыков и знаний (О.П. Щепин, 2001; В.З. Кучеренко, М.А. Лабкина, 2003; И.Н. Денисов,2004; О.А. Манерова, 2004; О.В. Верховодова,2005; М.М. Каратаев и соавт.,2006)

Цель исследования: изучения вопросов повышения квалификации специалистов и путей их совершенствования.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование об эффективности циклов обучения среди курсантов института переподготовки и повышения квалификации. Также нами разработана и внедрена методика расчёта реальной потребности в последипломной подготовке руководителей низового уровня здравоохранения.

Анкетированием охвачено 60 слушателей, обучавшихся на различных циклах.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что 62,8 % курсантов имели стаж более 10 лет работы, а 3,1 % - до 2 лет. Основными недостатками организации циклов повышения квалификации, по мнению слушателей, являлись недостаточная выраженность практической составляющей занятий, по ней возможностей использования полученных знаний и умений в профессиональной деятельности (37+2,7 на 100 опрошенных), недостаточное выделение и разъяснение преподавателями сложных случаев (35,1 + 3,1) и неудобство расписания (6,8+1,7); длительные перерывы между занятиями, размещение учебных баз в разных районах города, неравномерное распределение занятий в течение обучения.

Изучение мнения слушателей о видах занятий и формах получения знаний и опыта выявило, что наиболее результативными и эффективными оказались неформальные беседы курсантов (неформальное общение с коллегами – 86,4+ 2,3 на 100 опрошенных). На втором месте находятся практические занятия (71,2+3,0). Третье место разделяют семинарские занятия (23,7+2,8) и «круглые столы» по обмену опытом (20,3+2,7). Наименее результативными и эффективными в сравнении с перечисленными видами занятий, по мнению слушателей, были самостоятельная подготовка и лекции (соответственно 10,2+2,0 и 8,5+1,8 на 100 опрошенных, $p<0,05$).

Результаты проведённого анализа по ряду аспектов корреспондируются с пожеланиями слушателей по улучшению учёбы. Так респонденты считали необходимым шире применять активные методы обучения: увеличить длительность и частоту проведения круглых столов по обмену опытом, включать занятия по решению ситуационных задач по разбору сложных случаев, использовать деловые игры в процессе подготовки (89,3+3,6 на 100 опрошенных).

По мнению респондентов при формировании программ и планов их подготовки необходимо учитывать выполняемые ими функции, то есть осуществлять дифференцированную подготовку специалистов в зависимости от их функциональных обязанностей (68,1+5,4).

Среди пожеланий слушателей были выделены рекомендации для преподавателей: целесообразность применения ими различных наглядных материалов: таблиц, схем, графиков в виде

RETRACTED

слайдов, учебных фильмов и других (37,2+5,5), что будет способствовать упрощению восприятия курсантами учебной информации.

Среди факторов, влияющих на уровень эффективности обучения, были:

- выраженность практической составляющей занятий, то есть возможность использования знаний в практической деятельности специалистов – сильная прямая связь (r xy = +0,93);
- выделение и разъяснение преподавателями сложных случаев – сильная прямая связь (r xy = +0,85);
- применение активных методов обучения - сильная прямая связь (r xy = +0,91).

Отмечена слабая связь эффективности подготовки от уровня педагогического мастерства преподавателей (r xy = +0,26, p >0,05);

Сильной стороной дополнительного профессионального образования является прежде всего, плановый подход к организации подготовки специалистов с последующем контролем реализации намеченных объёмов обучения. Они формируются также из: наличия потребностей у специалистов в улучшении своих знаний; актуализации образовательными учреждениями учебных программ на вопросах, имеющих непосредственное отношение к профессиональной деятельности.

Отсутствие уточнённого терминологического аппарата, типовых должностных инструкций, разделение должностей специалистов по принципу основного места работы, а не на основе различий и преобладания у них конкретных функций являются ограничениями для дифференцированной последипломной подготовки.

Образовательным учреждениям целесообразно шире применять новации: в принципах обучения (модульность, вариантность сроков обучения в зависимости от исходного уровня подготовленности слушателей, обучение с профессиональным подбором претендентов на различные должности); в формах и методах обучения (введение заочной формы обучения, активные методы, дистанционное обучение, дифференцированный подход); в средствах обучения (использование компьютерных программ для решения задач); в методах контроля и управления образовательным процессом (распределенный контроль по модулям, использование тестирования и рейтингов, корректировка программ по результатам контроля).

Необходимо учитывать важность соблюдения методики и методологии преподавания: постановка целей и задач обучения, применение различных форм контроля знаний и другие. Так, применение сквозной формы контроля знаний и различных инноваций в формах обучения слушателей позволит не только проводить корректирование учебной программы в зависимости от степени усвоения ими теоретического материала, но и мотивировать курсантов к активному познавательному процессу.

1. При организации последипломной подготовки:

- формировать группы слушателей в зависимости от выполняемых ими функциональных задач; для тематического усовершенствования планировать оптимальную численность групп – 8-10 человек;
- для повышения эффективности обучения специалистов: значительно расширить использование в процессе обучения различных активных методов (деловые игры, ситуационные задачи, «круглые столы» по обмену опытом, проблемные дискуссии и др.); - шире привлекать к проведению занятий специалистов, имеющих практический опыт по излагаемому ими материалу; применять различные формы контроля знаний слушателей («входящие» и «исходящие» тестовые контроли, защита курсовых работ, письменные вопросы, собеседование и др.), включать в учебный план практические занятия по разбору сложных в методическом и клиническом плане случаев.

2. При повышении квалификации организаторов:

- учитывать следующие принципы структурирования очной части программы и учебного плана: расширение блока профильных тем; организация и проведение контроля качества медицинской помощи.

3. Финансово-экономические вопросы:

- стандартизация системы здравоохранения;

RETRACTED

- организация лекарственного обеспечения.

Сложившееся ещё в советском здравоохранении механическое использование показателя ежегодного 20% охвата руководителей последипломной подготовкой, формализует процесс планирования, прежде всего потому, что при этом не учитываются многие факторы, влияющие на формирование реальной потребности в их подготовке.

Общеизвестно, что наиболее высокое качество организации медицинской помощи населению достигается там, где рост профессионального уровня специалистов идёт параллельно потребностям системы, службы или учреждения здравоохранения. Десинхронизация этого процесса, как мы установили, приводит к следующим, наиболее типичным (в временном измерении) ситуациям:

1. Потребность территории, службы, учреждения здравоохранения в профессиональной последипломной подготовке специалистов опережает существующий уровень их квалификации. Это, как правило, обусловлено постановкой новых задач, уровнем организации медицинской помощи, формированием планов внедрения научных достижений в медицинскую практику, высокими темпами развития материально-технической и медико-технологической базы здравоохранения.

2. Профессиональный уровень подготовки специалистов выше потребностей территории, службы, учреждения здравоохранения, что связано с дефектами в организации медицинской помощи, нередко отсутствием необходимой базы, недостаточной технической вооружённостью, а также демографическими процессами в кадровом составе руководителей. В этих условиях знания руководителей не могут быть эффективно использованы в лечебно-профилактическом обслуживании населения. Разумеется, что такие ситуации требуют организационных решений.

3. Диспропорции в квалификационной подготовке специалистов и руководителей различных взаимодействующих служб.

Было установлено, что при планировании последипломного обучения врачей необходимо исходить из потребностей территории, службы, учреждения здравоохранения в следующих аспектах последипломной подготовки: должностной, целевой, общепрофессиональной.

С целью более дифференцированного подхода к планированию на низовых уровнях системы здравоохранения (область, район, служба, учреждение) нами разработана и внедрена методика расчёта реальной потребности в последипломной подготовке руководителей. Расчёт производится по следующей формуле:

$$N = \frac{(P_k + P_g + P_p) * 100}{(M - M_1)},$$

где N – потребность территории, службы, учреждения здравоохранения в подготовке руководителей (в процентах);

P_k – число руководителей, нуждающихся в целевой подготовке;

P_g – число руководителей, нуждающихся в должностной подготовке;

P_p – число руководителей, нуждающихся в общей профессиональной подготовке (один раз в пять лет);

M – число руководителей на территории, в службе, учреждении здравоохранения;

M_1 – число врачей, составляющих «немобильный контингент».

Полученные по этой методике показатели, как свидетельствует практика, могут равняться коэффициенту (20%), быть выше (как правило) или ниже его.

Анализ полученных показателей и абсолютных чисел по территории (в разрезе областей) позволяет осуществить корректировку планов и перераспределение контингентов руководителей, направляемых на обучение.

Нами определено, что численность «немобильного контингента» (руководители предпенсионного, пенсионного возраста и др.) весьма вариабельна и нередко коррелирует с общими демографическими тенденциями на данной административной территории. Тенденция к преобладанию в отдельных медицинских коллективах специалистов пожилого возраста не всегда сви-

RETRACTED

детельствует об их высоком профессиональном потенциале. Это определяет необходимость поиска доступных форм привлечения данной категории специалистов к повышению их квалификации. Решение этих вопросов мы видим в широком использовании выездных форм подготовки, в частности, на курсах информации и стажировки, прерывистых курсах, тематических семинарах и т.д.

Результаты исследований показали, что организация планирования и управления процессом последипломной подготовки руководителей должна предполагать наличие информации о задачах, которые решаются на конкретной территории, службе, учреждении, о уровне медицинской помощи и её адекватности потребностям населения, а также о соответствии этих проблем уровню квалификационной подготовки руководителей. Наличие только такой системной информации является реальной основой для оптимизации этих процессов.

Выявлено, что текущему и перспективному планированию последипломной подготовки руководящих кадров должен предшествовать подготовительный период, основным содержанием которого являются анализ фактического уровня знаний и качества выполнения работы каждым руководителем, а также определение целей (по принципу «дерева целей») применительно к каждой территории, к каждой службе и учреждению здравоохранения. Такие целевые установки формирует территориальный орган здравоохранения.

Современный руководитель в системе здравоохранения должен иметь не только, и, может быть не столько, комплекс медицинских знаний, умений и навыков, но и быть эрудированным в таких областях знаний, как теория и практика управления, макро- и микроэкономика, планирование; юриспруденция, социология, психология, экология, информатика и т.д. Анализ и оценка круга профессий, имеющих отношение к управлению здравоохранением, показал, что разработка учебных программ для каждой из этих профессий является очень сложной задачей. Для формирования унифицированных учебных программ обучения специалистов в области управления здравоохранением, важно знать, какими путями они приходят к этой деятельности.

Выводы. Таким образом, необходимо формировать группы слушателей в зависимости от исходного уровня знаний и выполняемых ими функциональных задач;

- для тематического усовершенствования врачей планировать оптимальную численность групп 8-10 человек;
- для повышения эффективности обучения специалистов значительно расширить использование в процессе обучения различных активных методов: деловые игры, ситуационные задачи, «круглые столы» по обмену опытом, проблемные дискуссии и другие;
- шире привлекать к проведению занятий специалистов, имеющих практический опыт по излагаемому ими материалу;
- применять различные формы контроля знаний слушателей: «исходный», «заключительный» тестовые контроли, защита курсовых работ, собеседование и другие;
- включать в учебный план практические занятия по разбору сложных в методическом и клиническом плане случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верховодова О.В. Пути совершенствования обучения специалистов, проводящих контроль качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2005. - №2. – С.22-24

2. Денисов И.Н. Болонский процесс: структурные изменения в медицинском образовании России // Экономика здравоохранения.- М., 2004.-№9. – С.5-8

3. Каратаев М.М. и соавт. Анализ эффективности управления ресурсами здравоохранения в условиях реформирования отрасли // Экономика здравоохранения. – М., 2006. - № 3-4. – С. 60-65

4. Кучеренко В.З., Драбкина М.В. Опыт преподавания основ медицинского маркетинга руководителям органов и учреждений здравоохранения // Актуальные вопросы подготовки и переподготовки специалистов системы ОМС в условиях реформирования здравоохранения М., ФОМС,2003.

RETRACTED

– С.28-32
5. Манерова О.А. Об основных направлениях кадровой политики в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением.- 2004.- № 6. – С. 29-33

ХУЛОСА

Масъалаҳои мубрами тайёрии пасаздипломии мутахассисон дар Ҷумҳурии Қирғизистон

М.М. Каратаев, Г.М. Субанбоева, А.Н. Чен

Дар замони ҳозира дар соҳаи тандурустӣ сарвар бояд маҷмӯи донишҳои тиббиро аз худ намуда бошад, маҳорату малакаи баланд дошта бошад, ин ҳамчунин дар амалия ва назарияи идоракунӣ, макро ва микроэкономика, банақшагирӣ, ҳуқуқ, ҷомеашиносӣ, психология, экология, информатика ва ғайра маълумот дошта бошад. Барои таҳияи барномаҳои яксони таълимии омӯзиши мутахассисони соҳаи идоракунии тандурустӣ муҳим донанд, ки онҳо бо кадом роҳу васила ба ин намуди фаъолият оғоз менамоянд.

SUMMARY

ACTUAL QUESTIONS OF POSTGRATUATED EDUCATION OF SPECIALISTS AT REPUBLIC OF KYRGYZSTAN

M.M. Karataev, G.M. Subanbaeva, A.N. Chen

Contemporary manager in system of medical care must to have complex of medical knowledge, ability and practice, to be erudite in such fields of knowledge as theory and practice of administration, macro- and microeconomics, planning, jurisprudence, sociology, psychology, ecology, informatics and so on. For forming unified study programs of training of specialists in the field of management of medical care it is important to know that they use what ways come to this activity.

RETRACTED

НУТРИЕНТНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ СТАТУСОМ ПИТАНИЯ

Н.Л. Аношкина, А.В. Гулин
Кафедра медико-биологических дисциплин
Липецкого государственного педагогического университета

Актуальность. Концепция государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации относит рационализацию питания и ликвидацию существующего дефицита витаминов, эссенциальных макро- и микронутриентов к числу важнейших факторов укрепления здоровья и профилактики алиментарно-зависимых заболеваний.

Неадекватное и неполноценное питание формирует факторы риска ряда хронических заболеваний, снижает функциональную активность иммунной системы, существенно повышая риск развития инфекционных заболеваний и, наряду с воздействием других неблагоприятных факторов, способствует ухудшению медико-демографических показателей и росту заболеваемости населения [2-5].

Особый научно-практический интерес представляет проблема питания детского населения, подростков, юношей и девушек, так как алиментарный фактор в этой группе является определяющим в обеспечении гармоничного роста и развития организма, оптимальной работоспособности, адаптации к воздействию неблагоприятных факторов, нормализации обменных процессов. Вместе с тем, до настоящего времени недостаточно изученными остаются вопросы гигиенической оценки и оптимизации фактического питания лиц юношеского возраста, особенно в региональном аспекте [1,2,6].

Формирование политики в области питания подразумевает анализ и оценку настоящего состояния проблемы продовольственного снабжения и состояния питания населения и постановку целей и задач, направленных на изменение или поддержание имеющихся тенденций в характере питания населения. Для этой цели нужно иметь точную и надёжную количественную информацию о характере потребления пищи и состоянии питания населения [3,4].

Целью нашей научной работы явилось изучение фактического питания юношей и девушек, уровня белковой, витаминной и минеральной обеспеченности, влияние питания на физическое развитие, состав тканей организма и пищевой статус лиц юношеского возраста.

Материалы и методы исследования. В зимне-весенний и летне-осенний периоды обследованы 1440 студентов города Липецка и Липецкой области.

Сравнительная оценка адекватности фактического питания физиологическим потребностям организма проводилась по половому (юноши-девушки) и территориальному (город-село) признакам с учётом сезонного фактора.

Изучение фактического питания студентов и состояние их здоровья в связи с характером питания осуществлялась в соответствии с «Методическими рекомендациями по оценке состояния питания детей и подростков в учебно-воспитательных учреждениях» (регистрационный № 108-9711) с использованием метода 24-часового воспроизведения. Химический состав и энергетическую ценность рациона питания рассчитывали по таблицам «Химический состав пищевых продуктов».

Исследование состояния здоровья студентов проводилось с помощью конституционального типирования, соматоскопических, соматометрических (антропометрических), физиометрических, физиологических, психофизиологических, биохимических, иммунологических и анамнестических методов.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведённой работы выявлены существенные отклонения показателей фактического питания обследованных групп юношей и девушек от рекомендуемых норм физиологических потребностей организма в питательных веществах и энергии, а также показателей статуса питания. Данные мониторинга фактического питания в различных

группах указывают на его неадекватность и несбалансированность с наличием признаков алиментарных нарушений.

Средние значения энергетической ценности среднесуточных продуктовых наборов у студентов во всех обследованных возрастных группах были ниже норм физиологических потребностей: у юношей-студентов из сельской местности - на 28,4%, у юношей, проживающих в городе - на 13,5% ,соответственно, у девушек той же возрастной группы - на 23, и 12,7% соответственно.

При анализе расчётного химического состава рациона питания лиц юношеского возраста обнаружено, что их недостаточная энергетическая ценность обусловлена сниженным содержанием белков и углеводов. Наиболее выраженный дефицит белков отмечался в возрастной группе 17-18 лет, особенно у студентов, проживающих в сельских районах области (табл. 1).

Таблица 1

Энергетическая ценность и содержание основных макронутриентов в рационе питания юношей и девушек города и области

Пищевые показатели (среднее значение)	Юноши города	Юноши села	Девушки города	Девушки села
Белки (г)	87,05	66,76	67,32	53,78
Жиры (г)	101,2	84,99	87,03	73,49
Углеводы (г)	312,8	381,9	237,7	237,7281,3
Клетчатка (г)	9,16	5,51	5,17	4,67
Калорийность (ккал)	2769,2	2292,6	2181,6	1826,4

Результаты конституционального типирования показали, что в группах студентов 17-19 лет, проживающих в городе, преобладает торакальный или в равных долях торакальный и астеноидный типы конституции; в аналогичной возрастной группе жителей сельской местности преобладает астеноидный тип.

Таблица 2

Содержание минеральных веществ в рационе питания юношей и девушек города и области

Показатели	Na (г) 4.4	K (г) 3.3	Ca (г) 0.8-1.1	Mg (г) 0.34-0.4	P (г) 1.2-1.4	Fe (мг) 10-19
Юноши города	4.7±0.18	3.1±0.15	0.98±0.09	0.39±0.021	1.4±0.05	17.3±0.69
Юноши области	3.4±0.22 ***	2.3±0.14 ***	0.5±0.04 ***	0.26±0.02 ***	0.96±0.06 ***	12.3±0.67 ***
%	72.3%	74.2%	51,0%	66.7%	68.6%	71.1%
Девушки города	3.2±0.13	2.2±0.09	0.6±0.05	0.3±0.01	1±0.01	12,0±0.39
Девушки области	2.7±0.19 *	2.0±0.13	0.5±0.04	0.2±0.01 ***	0.8±0.05 ***	10.6±0.69
%	84.4%	90.9%	83.3%	66.7%	80.0%	88.3%

Примечание: коэффициент различия *- р 0.05, **- р 0.01, ***- р 0.001

При соматоскопическом обследовании студентов как в весенний, так и в осенний сезонные периоды выявлены микросимптомы витаминной и минеральной недостаточности, распространённость которой колебалась в значительных пределах. Так, недостаточность аскорбиновой кислоты выявлена у 30% обследованных, витамина А – у 65%, витаминов группы В – у 52%, кальция – у 66% (табл. 2-3). Дефицит витаминов и минеральных веществ отмечался также при анализе химического состава рационов питания и при проведении биохимических исследований мочи.

Анализ данных, полученных в ходе выполнения научно-исследовательской работы, позволил всесторонне оценить фактическое питание и состояние здоровья в связи с характером питания лиц юношеского возраста в обследуемых регионах.

Выявленные в ходе обследований нарушения характерны для состояния напряжения и перенапряжения механизмов регуляции гомеостаза.

Таблица 3

Содержание витаминов в рационе питания юношей и девушек города и области

Показатели	β-каротин	А(мг) 1.5-2.5	B_1 (мг) 1.4-2.4	B_2 (мг) 1.5-3	PP (мг) 15-25	С (мг) 50-100
Юноши города	2.6±0.28	0.8±0.09	1.3±0.09	1.7±0.20	16.1±0.75	85.7±10.24
Юноши области	1.2±0.14***	0.6±0.08**	0.9±0.06***	0.95±0.06***	12.1±0.73***	63.6±4.72*
%	46.1%	75%	69.2%	55.9%	75.2%	74.2%
Девушки города	1.7±.0.13	0.7±0.09	0.9±0.05	1.0±0.06	12.3±0.89	64,1±3,52
Девушки области	1.4±0.2	0,6±0,06	0.7±0.05*	0.8±0.07	9.20.62**	58.0±6.14***
%	82.3%	85.7%	77.8%	80%	74.8%	90.5%

В организме молодых людей ещё не завершено формирование ряда физиологических систем, в первую очередь нейрогуморальной, поэтому они очень чувствительны к нарушению сбалансированности пищевых рационов. Определённую роль играет изменение характера питания учащихся, приехавших в большие города из сельской местности, там где пищевые рационы содержат значительно большее количество растительных продуктов. Увеличение содержания в рационе колбас, изделий из муки высших сортов приводит к резкому ослаблению моторики кишечника и появлению запоров. В связи с нарушением режима питания за время учёбы у многих студентов развиваются заболевания пищеварительной системы, получившие название «болезни молодых», а также гипертоническая болезнь, неврозы и др.

При выборе продуктов следует учитывать ограниченность денежного бюджета студентов. С целью обеспечения рационов студентов достаточным количеством биологически ценных белков следует использовать их дешёвые источники, такие, как субпродукты (в здоровом молодом организме нет опасности задержки в тканях мочевой кислоты, образующейся из нуклеопротеинов, которыми богаты эти продукты). Ценными и недорогими источниками белков являются также рыба, обезжиренное молоко, нежирный кефир, пахта, плавленые сыры.

Для обеспечения потребности в жирах в рацион необходимо вводить в непрогретом виде растительное и сливочное масла (20—25 г). С целью ликвидации последствий малоподвижного образа жизни следует шире включать в питание растительные продукты, являющиеся источниками волокнистых структур.

Больше внимания должно уделяться удовлетворению физиологических потребностей орга-

низма учащейся молодёжи в пищевых веществах, часто являющихся дефицитными, а именно в витаминах: С, А, В1, В2, В6, а также соблюдению рекомендуемых соотношений между Са и Р. Следует избегать частого потребления блюд и продуктов, содержащих много поваренной соли (соления, копчёности, маринады, солёная рыба).

Зимой и ранней весной в качестве источников витамина С необходимо использовать отвар шиповника, зелёный лук, капусту белокочанную в сыром виде. С целью обеспечения витамином А, помимо продуктов животного происхождения, необходимо систематически потреблять источники β-каротина такие, например, как морковь (с жирами).

Рекомендации по использованию: на основании проведённых исследований разработаны «Методические рекомендации по мониторингу фактического питания студентов», которые следует применять при ведении социально-гигиенического мониторинга, углублённом изучении здоровья лиц юношеского возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бояринова Е.А., Трофимова Н.В., Михайлов В.В. К оценке здоровья подростков//Здравоохранение Российской Федерации. – 1990. – С.18-20
2. Кресова Г.А. Влияние режима питания на уровень работоспособности студентов//Вопросы питания. – 1978, № 4.- С. 63-66
3. Мартинчик А.Н., Королёв А.А, Трофименко Л.С. Физиология питания, санитария и гигиена// М., «Мастерство» - 2000. – С.52
4. Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для разных групп населения СССР//Вопросы питания. – 1992, № 2.-С. 6-15
5. Петровский К.С., Ванханен В.Д. Гигиена питания//М.,«Медицина». -1982. – С. 148-157
6. Уркевич В.С., Абдутелишвили Г.В. Энергетические затраты и фактическое питание студентов высших учебных заведений//Вопросы питания.-1986.№ 4.-С. 31-33

ХУЛОСА

Таъминнокии нутриентии шахсони синни ҷавонӣ бо меъёри гуногуни ғизогирӣ

Н.Л. Аношкина, А.В. Гулин

Дар асоси арзёбии беҳдошти воқеии ғизогирии донишҷӯён, ки бо усули пурсиш гузаронида шуд, ихтилолоти ғизогириро дар ҷавонон ва духтарон муайян намуд.

Таҳлили маълумотҳои антропометрии донишҷӯён пастшавии бештари параметрҳои инкишофи ҷисмониро дар шахсони синни ҷавонӣ нишон дод. Дар аксари муоинашудагон нишонаҳои соматометрии костии сафедавӣ ва сафедавию энергетикӣ ошкор шуданд, ки рушди онҳо дар паёки воқеӣ бевосита бо норасоии макро ва микрокомпонентҳо мувофиқат мекунад.

SUMMARY

NUTRIENT-PROSPERITY OF YOUNG PERSONS WITH DIFFERENT STATUS OF NUTRITION

N.L. Anoshkina, A.V. Gulin

By questioning of students on real nutrition the dis-nutrition was observed. The analysis of anthropometric data of students showed significant decreasing of physical parameters in young persons. In many persons somatic symptoms of protein and energetic insufficiency that appropriates to deficit of macro- and micro-component in real ration.

РАЗНЫЕ

ТЕРМОДИНАМИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ РЕАКЦИЙ ОБРАЗОВАНИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СОЕДИНЕНИЙ ЖЕЛЕЗА (III) И ЖЕЛЕЗА (II) В ВОДНЫХ РАСТВОРАХ ДИБАЗОЛА

У.Р. Раджабов, З.Н. Юсупов, С.Г. Ёрмамадова, Р.Б. Имомов
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии ТГМУ

Актуальность. В настоящее время достижения координационной химии являются объединяющим звеном между различными отраслями химической науки. В частности, различные препараты, полученные на основе координационных соединений, которые являются биологически активными веществами, играют огромную роль для процессов жизнедеятельности человека, животных и растений. Соединение этого класса широко используются как катализаторы многих промышленно важных процессов. Большинство биологических катализаторов относятся к комплексным соединениям. Например, препарат “Ферамид”, представляющий собой комплекс железа (III) с амидом никотиновой кислоты, используется для лечения железодефицитной анемии. Иммунотропная и противомикробная активность обнаружена и у других азолов, используемых в качестве противопаразитных, антигельментных и гипотензивных препаратов (тинидазол, тиабендазол и дибазол).

Цель исследования: установление состава и определение термодинамических характеристик соединений, образующихся в водно-перхлоратных растворах дибазола.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена методом окислительного потенциала [1-4] в интервале температур 288 – 318К и ионных силах 0,1 – 1,0моль/л. Данный метод позволил нам при совместном анализе экспериментально полученных зависимостей φ от активности ионов водорода , концентрации дибазола и концентрации ионов железа установить число и тип соединений, образующихся в системе, содержащей одновременно окисленную и восстановленную формы иона комплексообразователя. Состав и констант устойчивости уточнены также с помощью окислительной функции дибазола. По рассчитанным значениям констант образования комплексов методом температурного коэффициента при ионных силах 0,1÷1,0 моль/л были определены значения изменения стандартной энтальпии (ΔH^0) для следующих координационных соединений: FeL^{2}+, FeL_2^{2}+, $Fe^{III}Fe^{II}L_2(OH)_4^{+}$, FeL^{3+}, $FeLOH^{2+}$, $FeL(OH)_2$ $Fe_2L_2(OH)_4^{2+}$, $FeOH^{2+}$, $Fe(OH)_2^{2+}$, $Fe(OH)_3$ [3 - 6].

Результаты и их обсуждение. Исследования процессов комплексообразования ионов железа (III) и железа (II) в водных растворах дибазола в интервале температур 288÷318К позволили получить достоверные сведения о составе и устойчивости координационных соединений Концентрационные константы устойчивости позволяют получить значения свободной энергии образования комплексных соединений, когда в качестве стандартного состояния выбрано состояние солевого раствора ионной силы. Константа устойчивости, свободная энергия, энтальпия и энтропия образования комплекса составляют термодинамическую характеристику этого процесса. Знание этих величин позволяет подойти к оценке факторов, определяющих устойчивость комплексов. Истинные константы устойчивости связаны со свободной энергией образования комплексных соединений

$$\Delta G^0 = \Delta H^0 - T\Delta S^0 = R\,T\ln\beta \qquad (1)$$

Стандартные изменения энтропии, энтальпии и свободной энергии (табл.1) рассчитаны согласно приведённым ниже уравнениям:

$$\Delta H^0 = -4{,}576 * tg\alpha \qquad (2)$$

$$\Delta G^0 = -R\,T\ln K = -2{,}303\,R\,T\lg K = -4{,}576 T\lg K \qquad (3)$$

$$\Delta S^0 = (\Delta H^0 - \Delta G^0) / T \qquad (4)$$

Рассчитанные с помощью уравнений (1-4) значения термодинамических функций реакций образования координационных соединений приведены в таблице 1.

Таблица 1

Термодинамические функции реакций образования координационных соединений в системе Fe(II)– Fe(III)-дибазол-вода при различных ионных силах и 308 К

КОМПЛЕКС	ТФ	0,1	0,25	0,5	1,0
FeL^{2+}	ΔH^0(кДж/моль)	83,29	-19,14	-19,14	9,57
	ΔS^0(Дж/моль·К)	34,71	28	86,75	69,1
	ΔG^0(кДж/моль)	-27,59	-27,76	-28,65	-28,95
FeL_2^{2+}	ΔH^0(кДж/моль)	-38,29	-95,72	-57,44	-134
	ΔS^0(Дж/моль·К)	35,35	85,4	14,7	120
	ΔG^0(кДж/моль)	-49,18	-49,41	-12,03	-50,36
$Fe^{III}Fe^{II}L_2(OH)_4$	ΔH^0(кДж/моль)	153,1	-134,01	-158,5	-15,89
	ΔS^0(Дж/моль·К)	100	111	17,63	90,95
	ΔG^0(кДж/моль)	-47,11	-47,88	-10,41	-50,12
FeL^{3+}	ΔH^0(кДж/моль)	-38,29	-38,29	-3,83	-57,44
	ΔS^0(Дж/моль·К)	32,03	31,27	80,9	91,24
	ΔG^0(кДж/моль)	-28,42	-28,65	-28,77	-29,42
$FeLOH^{2+}$	ΔH^0(кДж/моль)	-137,9	-11,44	38,29	19,14
	ΔS^0(Дж/моль·К)	48,09	7,65	95,2	86,4
	ΔG^0(кДж/моль)	-14,41	-9,081	-8,963	-8,963
$FeL(OH)_2$	ΔH^0(кДж/моль)	63,2	127,5	19,14	11,296
	ΔS^0(Дж/моль·К)	243	95,19	114,6	17,3
	ΔG^0(кДж/моль)	-11,68	16,57	-16,15	-15,33
$Fe_2 L_2(OH)_4^2$	ΔH^0(кДж/моль)	-45,76	44,035	-153,1	76,58
	ΔS^0(Дж/моль·К)	87,1	79,2	9,68	35,3
	ΔG^0(кДж/моль)	-18,92	-19,63	-21,22	-23,11
$Fe^{III}Fe^{II}L_2\ OH)_4^+$	ΔH^0(кДж/моль)	-153,1	-134,01	-158	-158,9
	ΔS^0(Дж/моль·К)	34,4	22,5	19,22	81,6
	ΔG^0(кДж/моль)	-47,11	-47,88	-10,41	-50,12
$FeOH^{2+}$	ΔH^0(кДж/моль)	-38,29	59,35	7,14	3,83
	ΔS^0(Дж/моль·К)	58,84	253	89,8	81,7
	ΔG^0(кДж/моль)	-20,16	-20,40	-20,52	-5,102
$Fe(OH)_2^{2+}$	ΔH^0(кДж/моль)	76,5	82,32	36,4	6,37
	ΔS^0(Дж/моль·К)	280	293	118	34,5
	ΔG^0(кДж/моль)	-10,00	-10,06	-10,10	-4,251
$Fe\ (OH)_3$	ΔH^0(кДж/моль)	48,3	15,42	22,6	4,32
	ΔS^0(Дж/моль·К)	124	85,98	133	112
	ΔG^0(кДж/моль)	-10,0	-11,05	-10,14	-32,54

Термодинамические функции выражены в следующих единицах измерения: ΔH^0 и ΔG^0 в кДж/моль, а ΔS^0 в э.е, т.е. энтропийных единицах из данных таблицы 1 следует, что в реакциях комплексообразования наблюдаются как эндотермические, так и экзотермические эффекты. Эндотермический эффект ($\Delta H>0$) образования координационных соединений Fe(II) и Fe(III) в интервале температур от 288 до 318 К свидетельствует о том, что для разрушения старых связей тратится больше энергии, чем выделяется при образовании новых. Отрицательное изменение энтальпии ($\Delta H<0$), указывает на определяющую роль эффекта гидратации комплексных частиц. При других температурах и с увеличением ионной силы для координационных соединений трёхвалентного железа величина ΔH^0 имеет также отрицательный знак.

При образовании двуядерных и гетеровалентных координационных соединений значительную роль могут играть размеры лигандов. Поскольку гетероциклические соединения, выступающие в качестве лигандов, значительно крупнее молекул воды, то процесс комплексообразования может вызывать отщепление более, чем одной молекулы воды. Это может приводить к положительному изменению величины состояния энтропии. Таким образом, отрицательный знак изменения энтальпии и большой положительный знак изменения энтропии вносят большой вклад в отрицательное значение свободной энергии. Большое отрицательное изменение свободной энергии Гиббса указывает на самопроизвольность протекания реакции образования координационных соединений. Поэтому вероятность образования полиядерного и гетеровалентного комплексов по сравнению с моноядерными соединениями возрастает.

Выводы. С повышением температуры и ионной силы наблюдается возрастание отрицательных значений ΔG^0 для координационных соединений Fe(III) и Fe(II) с дибазолом, что указывает на более вероятном образовании координационных соединений железа(II) и железа(III). Таким образом, значения ΔH, ΔS^0 и ΔG^0 показывают, что образование дибазолатных координационных соединений железа(II) и железа(III) относятся к самопроизвольным процессам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захарьевский М.С. Оксредметрия. -Л., Химия. 1967
2. Никольский Б.П., Пальчевский В.В., Пендин А.А., Якубов Х.М. Оксредметрия.-Л., Химия. 1975
3. Раджабов.У.Р., Ёрмамадова С.Г., Юсупов З.Н. Влияние ионной силы на процесс комплексообразования в системе Fe(III) –Fe(II) – дибазол – сложный растворитель при 298 К //Доклады Академии наук Республики Таджикистан, том XLVIII.№ 8, -Душанбе, 2005.-С.101-105
4. Раджабов У.Р., Ёрмамадова С.Г., Юсупов З.Н. Влияние ионной силы на образование координационных соединений в системе железо(III) – железо (II) – дибазол – сложный растворитель при 288 К //Доклады Академии наук Республики Таджикистан том XLVIII.-№ 8.-Душанбе, 2005.-С.69-73
5. Юсупов З.Н. Применение оксредметрии к изучению гетеровалентного и гетероядерного комплексообразования.//Координационные соединения и аспекты их применения. -Душанбе, ТГНУ. 1999. -С.65
6. Якубов.Х.М. Применение оксредметрии к изучению комплексообразования. -Душанбе, Дониш, 1966

ХУЛОСА

Функсияҳои термодинамикии реаксияи ҳосилшавии пайвастагиҳои маҷмӯии оҳан (III) ва оҳан (II) дар маҳлули обии дибазол

У.Р.Рачабов, З.Г.Юнусов, С.Г.Ёрмамадова, Р.Б.Имомов

Бо усули иқтидори оксидкунанда ва функсияҳои оксидкунанда бузургиҳои собити устуворӣ ҳисоб карда шудаанд ва вазифаҳои термодинамикии реаксияи ҳосилшавии пайвастагиҳои маҷмӯии оҳану дибазол муайян гардидаанд. Ин имкон медиҳад, ки ҷараёни худ аз худ пайдошавии ҳосилшавии пайвастагиҳои маҷмӯӣ, ки дар тиб истифода мебаранд, муайян карда шавад.

SUMMARY

TERMODINAMIC FUNCTIONS OF REACTIONS OF FORMATION OF COORDINATION COMBINATIONS OF FERRUM (III) AND FERRUM (II) AT WATER SOLUTIONS OF DIBAZOL

U.R. Rajabov, Z.N. Yusupov, S.G. Yormamadova, R.B. Imomov

By the method of oxidation potential and oxidation functions the constants of fixity was calculated, termodinamic functions of reactions of formation of complex combinations of ferrum and dibazol were determined. This gives possibility to show the self-formation of coordination combinations used in medical practice.

АКТУАЛЬНЫЕ ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ ЦЕННОСТИ В ДИНАМИКЕ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ СУБЪЕКТА

М.М. Азимова, Ш.Р. Ахмадов
Кафедра философии и истории таджикского народа ТГМУ

Под «общечеловеческим» можно подразумевать некоторые общие для всех исторических эпох условия жизнедеятельности людей и форм человеческого общежития, которые отражаются во всеобщих требованиях (нравственные принципы, например). В таком понимании «общечеловеческое» приобретает реальность в виде задачи, подлежащей реализации. Общечеловеческое, - что объединяет, связывает людей в историческом пространстве и времени, отнюдь не лежит на поверхности.

Характерно, что объективно, высшей ценностью, в силу своей уникальности, является сама жизнь. А для человека (субъекта), как существо природного, высшей ценностью является здоровье.

По этому поводу справедлива слова мыслителя, «…что девять десятых нашего счастья основано на здоровье. При нём жизнь становиться источником наслаждения, тогда как без него решительно никакое высшее благо не может доставить удовольствия. Даже такие субъективные блага как качества ума, души, темперамента – при болезненном состоянии ослабевают и замирают» (Шопенгауэр).

Отсюда вывод, что величайшей глупостью было бы жертвовать своим здоровьем, ради чего бы то ни было: ради богатства, карьеры, образования, славы, не говоря уже о чувственных и мимолётных наслаждениях. Вернее, всем этим стоит пожертвовать ради здоровья.

Отношение человека к своему здоровью должно быт сознательным. В понимании субъекта важно избегать двух крайностей – «биологизации», и «социализации» человеческой природы.

Более того, оно скрыто не только от обыденного, но и от теоретического сознания. Жизнь устроена так, что люди в своей повседневной житейской практике скорее склонны обращать внимание на различия между собой, нежели на момент сходства. Не так-то просто увидеть всеобщее за пёстрым разнообразием национальных, классовых, частных и т.д. интересов людей, за своеобразием исторических судеб стран, эпох и цивилизаций. В этой ситуации легко сбиться с пути и принять за всеобщее то, что в действительности им не является, хотя может таковым показаться. Например, стремление к личному обогащению, власти, к счастью, удовольствию и т.д. История, да и современная жизнь показывает, что в биологических корнях человека – заложено выжить

SUMMARY

TERMODINAMIC FUNCTIONS OF REACTIONS OF FORMATION OF COORDINATION COMBINATIONS OF FERRUM (III) AND FERRUM (II) AT WATER SOLUTIONS OF DIBAZOL

U.R. Rajabov, Z.N. Yusupov, S.G. Yormamadova, R.B. Imomov

By the method of oxidation potential and oxidation functions the constants of fixity was calculated, termodinamic functions of reactions of formation of complex combinations of ferrum and dibazol were determined. This gives possibility to show the self-formation of coordination combinations used in medical practice.

АКТУАЛЬНЫЕ ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ ЦЕННОСТИ В ДИНАМИКЕ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ СУБЪЕКТА

М.М. Азимова, Ш.Р. Ахмадов
Кафедра философии и истории таджикского народа ТГМУ

Под «общечеловеческим» можно подразумевать некоторые общие для всех исторических эпох условия жизнедеятельности людей и форм человеческого общежития, которые отражаются во всеобщих требованиях (нравственные принципы, например). В таком понимании «общечеловеческое» приобретает реальность в виде задачи, подлежащей реализации. Общечеловеческое, - что объединяет, связывает людей в историческом пространстве и времени, отнюдь не лежит на поверхности.

Характерно, что объективно, высшей ценностью, в силу своей уникальности, является сама жизнь. А для человека (субъекта), как существо природного, высшей ценностью является здоровье.

По этому поводу справедлива слова мыслителя, «…что девять десятых нашего счастья основано на здоровье. При нём жизнь становиться источником наслаждения, тогда как без него решительно никакое высшее благо не может доставить удовольствия. Даже такие субъективные блага как качества ума, души, темперамента – при болезненном состоянии ослабевают и замирают» (Шопенгауэр).

Отсюда вывод, что величайшей глупостью было бы жертвовать своим здоровьем, ради чего бы то ни было: ради богатства, карьеры, образования, славы, не говоря уже о чувственных и мимолётных наслаждениях. Вернее, всем этим стоит пожертвовать ради здоровья.

Отношение человека к своему здоровью должно быт сознательным. В понимании субъекта важно избегать двух крайностей – «биологизации», и «социализации» человеческой природы.

Более того, оно скрыто не только от обыденного, но и от теоретического сознания. Жизнь устроена так, что люди в своей повседневной житейской практике скорее склонны обращать внимание на различия между собой, нежели на момент сходства. Не так-то просто увидеть всеобщее за пёстрым разнообразием национальных, классовых, частных и т.д. интересов людей, за своеобразием исторических судеб стран, эпох и цивилизаций. В этой ситуации легко сбиться с пути и принять за всеобщее то, что в действительности им не является, хотя может таковым показаться. Например, стремление к личному обогащению, власти, к счастью, удовольствию и т.д. История, да и современная жизнь показывает, что в биологических корнях человека – заложено выжить

любой ценой. Для этого существует достаточно примеров, когда жизненное благополучие одних достигалось за счёт насилия, а то и прямого уничтожения других.

Конечно, перед лицом всеобщего уничтожения, люди ради выживания, наверное, объединились бы. Чувство страха, действительно, может быть на какой – то момент заставят забыть разногласия и стимулировать поиски общечеловеческой системы ценностей, но не заменить её. Основание должно быть здоровым и жизнеутверждающим.

Призывы к объединению и братству никем не будут услышаны, если им ничто не соответствует в реальной жизни.

Поэтому общечеловеческое должно:

а) иметь реальное эмпирическое бытие и быть общезначимым;

б) содействовать объединению людей;

в) являться «субстанцией» исторического процесса.

Экономическая, политическая и культурная интеграция современного мира во всё большей степени предоставляет индивиду возможность самоосуществляться, самоутверждаться в условиях свободного выбора и равенства возможностей.

Свобода и равенство – это, на первый взгляд, взаимоисключающие друг друга понятия. Однако в одном аспекте они не только противоречат, но и диалектически взаимодополняют одно другое, если под равенством понимать не материальное положение, а доступ к духовным благам, ценностям культуры, научным знаниям, достижениям техники. Пока люди заняты делёжом денег и вещей, пишет современный философ В. Межуев, измеряя ими размер богатства, они никогда не будут равны друг другу. Но в этой мере, в какой они усматривают своё богатство в достижениях мировой культуры, они оказываются равны друг другу, равны между собой все, кто черпает из одной и той же сокровищницы. Человеческое равенство – это равенство «в духе», в культуре, а не в количестве съеденного, выпитого и вообще потреблённого или истраченного на себя.

Но здесь следует иметь в виду вот что. Для бедных обществ наиболее важным представляется равенство людей в материальном плане. Для общества с высоким уровнем жизни на первый план выходит равенство людей в духовном развитии, образовании, в возможности жить и действовать в соответствии с признанием и способностям. В этом пункте равенство не только не исключает, а делает необходимым свободу каждого, понимаемую как стремление к безграничному развитию и самосовершенствованию.

Однако, не следует думать, будто однажды установленная истина в состоянии сама, как бы автоматически привести к себе человека. История скорее свидетельствует об обратном: за истину и идеалы надо бороться.

Осознавая хрупкое состояние своего бытия, цивилизованный мир чаще задумывается над тем, как избавиться от жестокости, произвола и насилия, как реализовать естественное право человека на достойную жизнь, основанную на принципах благоразумия и гуманизма.

Ситуация, в которой находится человек XXI века, в некотором смысле становится угрожающей для его собственного бытия. Это объясняется тем, что мы переживаем духовный кризис.

Бесспорно, чтобы преодолеть кризисное состояние общества, требуется возрождение и развитие духовной культуры, нового концептуального подхода к решению ряда вопросов. В этом смысле важнейшей проблемой выступает проблема мировоззрения человека, его мировоззренческой культуры.

На наш взгляд, при решении данной проблемы очень важно учитывать следующие факторы: во-первых, реальную ситуацию в мировоззренческой сфере жизни общества; во-вторых, наличие ценностного содержания в различных мировоззренческих системах; в-третьих, необходимо учитывать, что в историческом противоборстве мировоззрений пока ещё трудно с полным основанием назвать победителей и побеждённых.

Базируясь на общечеловеческих идеалах и ценностях, гуманистическая идеология культуры ориентирует общественное сознание на признание равноправного существования мировоззренческих систем, взаимное восприятие и обмен ценностями. Утверждение идеалов гуманистической культуры направлено на развитие взаимопонимания и сближения людей, повышение их

духовной культуры, на стабилизацию политической и экономической жизни общества, его устойчивое развитие.

Как показывает практика на переломных этапах истории, в эпоху радикального переосмысления прошлого духовного опыта традиционно возникают вопросы о смысложизненных ориентациях личности, тех мировоззренческих интенциях, которые делают возможным формирование не только целостного, гармоничного сознания, но и нравственно оправданного поведения деятельности человека. Сегодня не только экспертам, но и не специалистам становится понятным, что стандартное тиражирование западных сценариев социально – экономического развития не имеет сколь – нибудь значительной перспективы для специфических условий того социокультурного мира, который в широком спектре модификаций обнаруживает себя на просторах СНГ.

Существует множество причин, и в данном случае хотелось бы указать на одну из этих причин. Речь идёт об образовании и просвещении, и их роли в становлении системы ценностей, определяющей приоритеты социального развития и личностного нравственного выбора.

Известно, что Западная Европа прошла через горнило трёхвековой Эпохи Просвещения, и этот исторический факт является смыслообразующим для правильного понимания и интерпретации многих достижений и проблем современных западных обществ. Именно, в образовании и просвещении закладывались те духовно-ментальные структуры, которые сделали возможным принятие массовым сознанием форм и типов ценностей инструментального разума, и момента свойственных индустриально развитым обществом.

В качестве примера можно привести различные проекты реформирования и модернизации социально-гуманитарного образования в высшей школе Республики Таджикистан. В частности, хотелось бы сослаться на опыт ТГМУ им. Абуали ибни Сино, в котором преподавание социально-гуманитарных дисциплин, прежде всего философии и этики, построено таким образом, что знание и информация приобретали для студента статус социально – нравственных императивов, определяющих направленность и приоритеты любых общественных трансформаций и реформ. Этому способствуют такие методы, как анализ наиболее актуальных текущих событий в экономике, политике, культуре, инициирование в процессе обучения ситуаций нравственного выбора, которой предполагает принятие студентом определённой ценностной установки с последующим обоснованием её смысла и социальной оправданности, формирование творческого сознания студентов.

В то же время в сфере социально-политических действий формируются условия бытия человека, развивается личность, складываются факторы, которые обеспечивают развитие индивидуальных качеств людей. В тесном единстве и при активном взаимодействии в человеке сосуществуют телесно – биологическая, социально – культурная и духовно – интеллектуальная его составляющие. Действия людей осуществляются в соответствии с жизненными идеалами, нормами и целями, т.е. они связаны с духовными факторами и во многом зависят от самого субъекта.

Те вещи и явления, которые обладают положительной значимостью и способные выполнять определённые социально-культурные функции, становятся ценностями и служат ориентирами в их деятельности.

Ещё античные философы отмечали ведущее положение человека в иерархии ценностей. А в средневековое время указывали на идею «внутреннего человека», которая предполагала его высокую духовность, стремление к добру, красоте и истине.

Общеизвестно, что человек является носителем духовных ценностей, которые предстают в форме различных форм, целей и идеалов. Благодаря этим ценностям активность людей приобретает внутренне обоснованный характер, становится самодеятельностью, а субъект обретает свободу.

В этой связи особый интерес представляет тот факт, что традиции выступают как форма накопления и передачи социального опыта, а инновации связаны с процессом социального обновления, который сопровождается отходом от прежних норм и правил поведения.

Ценность традиций определяется тем, что они способствуют стабилизации общественных отношений, что достигается через выработку общезначимых принципов жизнеустройства и пра-

вил деятельности. На их основе возникают социальные институты – материального производства, воспитания, образования, здравоохранения и.д. Эти институты позволяют регулировать процессы социальной синергии, и в какой то мере способствуют преодолевать стихийный характер действий людей. Действия, основанные на традициях, успешно выполняют функцию консолидации людей в различные социальные общности – национальные, сословные, классовые, профессиональные и т.д., и обеспечивают их устойчивость до тех пор, пока сохраняются адекватные условия жизни.

При этом важным является сохранение оправдавших себя опытом многих поколений людей – традиций. Данное нарушение ведёт к тому, что следствием этого оказывается нивелировка личности, чудовищная бюрократизация системы управления и рост бездуховности.

Что касается инновационных действий, то их ценность заключается в способности обеспечить адаптацию людей к изменившимся непривычным условиям жизни. Следует подчеркнуть, что истории известны случаи, когда бесследно исчезали страны и народы, так и не сумев вписаться в новую историческую ситуацию. Инновационная политика помогает преодолевать кризисные явления в экономике, развивать институты демократии, формировать благоприятную для самоопределения личности социальную среду.

Сохранение традиции обеспечивает связь людей с прошлым. Выступая как ценности, они благо регулируют действия людей и предопределяют характер разделения труда, взаимоотношения людей друг с другом, с различными социальными институтами и государством. Традиции освобождают сознание от рутинной работы, и поведение становится по преимуществу автоматическим. Влияния, актуализированные в традициях ценности проявляются в том, что они создают необходимые условия и предлагают средства для «собирания» и организации человеком самого себя. Именно здесь формируется отношение личности к труду и другим людям, появляется чувство долга, человек осознаёт собственную ответственность за то, что происходит вокруг. И вместе с тем возникает дружба, зарождается любовь, устанавливаются партнёрские отношения.

Факт, что человек не живёт только прошлым. Политика социального обновления связывает людей с будущим. Роль своеобразных катализаторов выполняют при этом потенциальные ценности, которые моделируют те явления, что призваны удовлетворить потребности людей.

Всё новое в ходе политических действий превращается в традиционные атрибуты жизни. Их роль бывает разной и это зависит от того, насколько они соответствуют человеческим ценностям. Отсюда следует вывод, что не всё прошлое представляет ценность, а новации отнюдь не всегда ведут к светлому будущему.

Стоит отметить, что очень сложно встроить прошлое в будущее. Историко-логический анализ традиций показывает, что особую ценность представляют те общества, которые создают условия для самостоятельности людей, будят их инициативу. Слепое восприятие традиций делает общество холодным. Такое общество с трудом поддается реформам. Не менее опасен и отрыв от традиций, питаемый революционным пафосом обновления. В таком «горячем обществе» начинаются утопические идеи.

Опыт показывает, чтобы достичь оптимального для каждого случая инноваций, только их единство приводит к равновесию экоантропосоциальной системы, чтобы сохраниться в меняющихся условиях. Они выполняют разные, но равно необходимые и взаимодополняющие функции. Традиции служат проводниками ценностей. Они связывают наши действий с рядом объективных обстоятельств, инновационные же действия выражают человеческую свободу, способность людей самостоятельно созидать свой мир.

Традиции необходимы, ибо на их основе поддерживается жизнь общества и формируются условия для целенаправленных действий. А усилия инновации в том, что они являются необходимым фактором саморазвития личности. И именно отрыв традиций и инноваций друг от друга – это всегда насилие над естественным процессом самореализации человека и общества.

Но этого соединения ещё мало для того, чтобы традиции стали эффективно служить человеку. Для этого социальная политика должна быть наполнена высшим смыслом, в основе которого лежат ценности: сохранение жизни, реализация свободы, культивирование любви и т.д.

Между тем, сегодня мы видим такие факторы, как техногенез и государственные формы координации действий, которые нередко приобретают самодовлеющий характер. Это тот случай, когда цивилизация душит культуру. Выход, на наш взгляд, можно увидеть, если в дополнение к техногенезу мы увидим наогенез т.е. развитием тех сфер жизни, которые способствуют росту духовности человека и общества и формированию системы ценностей.

Опыт исторического развития свидетельствует, что, когда общество оказывается в неустойчивом состоянии, субъективный фактор может сыграть решающую роль.

Непредсказуемый человеческий выбор и поступок, случайное стечение обстоятельств в какой то мере определяют «физиономию» новых исторических реалий. И, если свершившееся событие никак не вкладывается в полосу прогрессивно – поступательного развития общества, то истории предстоит немало потрудиться, чтобы преодолеть его последствия.

Таким образом, традиции - не дар небес и не создаются раз и навсегда так, что их невозможно было бы изменить. Они возникают в конкретных ситуациях и при определённых условиях. Уместное и рациональное их реализация придают действиям субъекта конструктивный и созидательный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимова М.М., Саидов А.С. Национальное действие как социо-культурный феномен//Культура – духовное оружие победы. Сб. материалы научно-практической конференции. - Душанбе, «Эҷод», 2005
2. Саидов А.С. Нация как субъект социального действия. - Минск.-Душанбе, «Дониш», 1999
3. Саидов А.С. Философия национального действия в диалоге культур// Культура и коммуникация. Сб. материалов II международной научно-практической конференции. - Челябинск, 2006
4. Харин Ю. Социальное действие. - Минск, «Университетское», 2000

ХУЛОСА

Арзишҳои муҳими умумиинсонӣ дар таҳрики иҷтимоии фаъолияти субъект

М.М. Азимова, Ш.Р. Аҳмадов

Мақолаи мазкур ба арзишҳое, ки аз онҳо тамоюли иҷтимоии фаъолияти инсон вобаста аст, бахшида шудааст. Аз ин рӯ, арзишҳои муҳими инсонӣ дар воқеияти кунунӣ дар ҷомеа истифодаи неъматҳои мавҷудаи зиндагиро амалӣ мекунанд.

SUMMARY

ACTUAL COMMON HUMAN VALUES IN DINAMICS OF SOCIAL ACTIONS OF SUBJECT

M.M. Azimova, Sh.R. Ahmadov

The problem to circulating at the sociality values from which depends social orientation human activity is observed. Therefore actual values at this reality realizes consumption of life-wealth.