



WWW.TIPRMK.TJ/
JOURNAL



ТИПОГРАФИЯ
ООО «АЗИЯ-ПРИНТ»

Редактор:
Р.Р.Рофиев
Технический редактор:
С. Юлдашева
Зав. редакцией:
Е.Н. Рубис
Корректор:
О.В. Шумилина
Переводчик:
А.М.Шехов

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан № 0140/мч от 21.01.2011 г.

УДК Тадж: 61
№ГР 34-02.1.216 TJ

Журнал зарегистрирован в ВАК РФ 3 июня 2016 года и является рецензируемым

Сдано в набор 25.09.2016 г.
Подписано в печать 09.10.2016 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 7,5 (1+1) + 1 у.п.л. (4+4)
Уч. изд. л. 9,85
Заказ № 703

Подписной индекс для предприятий и организаций: 77719

ISSN 2307-6461

ДУШАНБЕ

Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ

Вестник последипломного образования
в сфере здравоохранения

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2011 г.

4 • 2016

Сардабир Н.Д. Мухиддинов – д.и.т.

Главный редактор Н.Д. Мухиддинов – д.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Ахмедов (член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор, редактор)
С.К. Асадов (к.м.н., ответственный секретарь), **Г.Г. Ашуров** (д.м.н., профессор, заместитель главного редактора), **С.М. Ахмедов** (д.м.н., профессор), **С.Б. Двлатов** (д.м.н., научный редактор), **М.Н. Джураев** (д.м.н.), **Х.И. Ибодов** (д.м.н., профессор), **О.И. Касымов** (д.м.н., профессор), **К.М. Курбонов** (д.м.н., профессор), **З.А. Мирзоева** (д.м.н., профессор), **А.М. Мурадов** (д.м.н., профессор), **Мухаммадали Музаффари** (д.ф.н., профессор), **Ф.И. Одинаев** (д.м.н., профессор), **С.Р. Расулов** (д.м.н.), **З.Я. Рахимов** (к.м.н., доцент), **Р.Р. Рофиев** (к.м.н., доцент), **К.Х. Сироджов** (к.м.н.), **Хамидов Д.Б.** (к.м.н., доцент), **М.Н. Шакиров** (д.м.н.).

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Дж.А. Азонов (д.м.н., профессор), **М.М. Алиев** (д.м.н., профессор; Ташкент), **В.Г. Баиров** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Б.Б. Баховадинов** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Т.Г. Гульмуратов** (член-корр. АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор), **А.Р. Достиев** (д.м.н., профессор), **М.Ф. Додхоева** (академик АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор), **М.М. Каратаев** (д.м.н., профессор; Бишкек), **М.К. Кулджанов** (д.м.н., профессор; Алма-Ата), **С.М. Мухамадиева** (д.м.н., профессор), **Руммо О.О.** (д.м.н., профессор; Минск), **С.С. Сатторов** (д.м.н., профессор), **И.В. Тимофеев** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург).



WWW.TIPPMK.TJ/
JOURNAL



PRINTING HOUSE
«ASIA-PRINT»

Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

4 • 2016

Chief editor N.D. Mukhiddinov
doctor of medical science

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

A. Akhmedov (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor, editor), **Asadov S. K.** (candidate of medical science, executive secretary), **Ashurov G. G.** (doctor of medical science, professor, deputy of general editor), **Akhmedov S. M.** (doctor of medical science, professor), **Davlatov S. B.** (doctor of medical science, scientific editor), **Dzhuraev M. N.** (doctor of medical science), **Ibodov Kh. I.** (doctor of medical science, professor), **Kasymov O. I.** (doctor of medical science, professor), **Kurbonov K. M.** (doctor of medical science, professor), **Mirzoeva Z. A.** (doctor of medical science, professor), **Muradov A. M.** (doctor of medical science, professor), **Muzaffari M.** (doctor of philosophy science, professor), **Odinaev F. I.** (doctor of medical science, professor), **Rasulov S. R.** (doctor of medical science), **Rakhimov Z. Ya.** (candidate of medical science, docent), **Rofiev R. R.** (candidate of medical science, docent), **Sirodzhov K. Kh.** (candidate of medical science), **Khamidov D.B.** (candidate of medical science, docent), **Shakirov M. N.** (doctor of medical science)

EDITORIAL COUNCIL

Azonov Dzh. A. (doctor of medical science, professor), **Aliev M. M.** (doctor of medical science, professor; Tashkent), **Bairov V. G.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Bakhovaddinov B. B.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Gulmuradov T. G.** (corresponding member of Academy of Medical Sciences of Ministry of Public health of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhaeva M. F.** (Academician of Academy of Medical Sciences of Ministry of Public health of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dostiev A. R.** (doctor of medical science, professor), **Karataev M. M.** (doctor of medical science, professor; Bishkek), **Kuldzhanov M. K.** (doctor of medical science, professor, Alma-Ata), **Mukhammadieva S. M.** (doctor of medical science, professor), **Rummo O. O.** (doctor of medical science, professor; Minsk), **Sattorov S. S.** (doctor of medical science, professor), **Timofeev I. V.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg).

ISSN 2307-6461
DUSHANBE

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Абдуллоев Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Билолов М.К.
Профилактика постхолецистэктомического синдрома

Акбаров М.М.
Применение сверхэластичной фольги из никелида титана при устранении глубокой атрезии полости носа 10

Алиев С.П.
Статистико-динамические и кадастровые подходы при оценке и прогнозировании малярии в Республике Таджикистан 15

Ачева Г.А., Одинаев Ш.Ф., Одинаев Ф.И.
Особенности микрофлоры лёгких у пациентов с хронической пневмонией 15

Гульмуратов Т.Г., Амонов Ш.Ш., Сангов Д.С.
Минимально-инвазивное хирургическое лечение эхинококкоза печени 20

Икромов М.К., Шамсидинов Б.Н., Назирмадова М.Б., Абдухалилов А.А.
Эффективность временной перевязки наружной сонной артерии при хирургическом лечении юношеской ангиофибромы основания черепа 26

Камилова М.Я., Раззокова Н.Х., Нуралиева Ш.А., Мараджабова М.М.
Роль использования анализа критических случаев тяжелых преэклампсий в улучшении качества оказываемых услуг в стационарах 3-го уровня 31

Кубачев К.Г., Мухиддинов Н.Д., Заркуа Н.Э., Лисицин А.А.
Оптимизация хирургической тактики при механической желтухе опухолевого генеза 34

Курбонов К.М., Расулов Н.А., Назирбоев К.Р.
Диагностика и тактика лечения рестриктур желчных протоков и сформированных билиодигестивных анастомозов 38

Макаренко О.А., Алянский А.Л., Иванова Н.Е., Головачёва А.А., Кузьмич Е.В., Кучер М.А., Бабенко Е.В., Эстрина М.А., Певцов Д.Э., Баховадинов Б.Б., Афанасьев Б.В.
Роль развития регистра неродственных доноров костного мозга в Российской Федерации и эффективность поиска 43

Нозиров Дж.Х., Нарзуллаева А.Р., Исомидинов А.И.
Распространенность хронического психоэмоционального напряжения среди неорганизованной сельской популяции Таджикистана 47

Abdulloev J.A., Saifudinov Sh.Sh., Bilolov M.K.
Postcholecystectomy syndrome prevention

Akbarov M.M.
Using niti superelastic foil in elimination of nasal cavity deep atresia 10

Aliev S.P.
Statistical, dynamical and cadastral approaches of estimation and forecasting of malaria in the Republic of Tajikistan 15

Acheva G.A., Odinaev Sh.F., Odinaev F.I.
Features of microflora in lung of patients with chronic pneumonia 15

Gulmuradov T.G., Amonov Sh.Sh., Sangov D.S.
Minimally invasive surgical treatment of liver echinococcosis 20

Ikromov M.K., Shamsidinov B.N., Nazirmadova M.B., Abduhalilov A.A.
The effectiveness of temporary ligation of external carotid artery in surgical treatment of juvenile angiofibroma of skull base 26

Kamilova M.Y., Razzokova N.Kh., Nuralieva Sh.A., Mamarajabova M.M.
The role of severe preeclampsia critical case analysis use in service quality improving in 3-rd level hospitals 31

Kubachev K.G, Mukhiddinov N.D., Zarkuya N.E., Lisitsin A.A.
Clinical and statistical groups of patients with obturative colonic obstruction cancer 34

Kurbonov K.M., Rasulov N.A., Nazirboev K.R.
Diagnosis and treatment tactics of bile duct re-strictures and formed biliodigestive anastomosis 38

Makarenko O.A., Alyanskiy A.L., Ivanova N.E., Golovacheva A.A., Kuzmich E.V., Kucher M.A., Babenko E.V., Estrina M.A., Pevtcov D.E., Bakhovadinov B.B., Afanasyev B.V.
The role of unrelated donor bone marrow registry development in Russian Federation and effectiveness of search 43

Nozirov Dzh.Kh., Narzullaeva A.R., Isomidinoy A.I.
The prevalence of chronic mental and emotional stress among the unorganized countryside population of Tajikistan 47

Рахимов А.Т., Мурадов А.М.

Влияние 0,06% раствора гипохлорита натрия на некоторые биохимические и токсические показатели крови у больных с изолированными переломами костей голени и тяжелым сахарным диабетом 55

Рахматова Р.А., Рахмонова П.Э., Тиллоева Ф.Х.

Изучение тяжести состояния новорожденных детей, родившихся от матерей с отягощенным акушерским анамнезом 58

Рахмонова П.Э., Тиллоева Ф.Х., Набиев З.Н.

Изучение иммунологического статуса при пневмонии у новорожденных и детей раннего возраста 62

Саидмуродова Р.Х., Махкамов К.К., Ходжибекова Н.О., Бузруква Н.Д., Холинова М.М.

Аспекты выхаживания маловесных детей и оптимизация прогноза их дальнейшего развития 68

Рузиев М.М.

Особенности распространения ВИЧ-инфекции среди детей в Таджикистане 74

ОБЗОРЫ

Джабарова Т.С., Мухиддинов Н.Д.

Поэтапное совершенствование системы до- и последипломного медицинского образования – гарантия качественных медицинских услуг населению Республики Таджикистан 80

Мирзоева Ф.О., Бобоходжаев О.И.

Сравнительный анализ эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в разных регионах мира

ЮБИЛЕИ

Мухамадиева Саодатхон Мансуровна (к 60-летию со дня рождения)

Касымов Олим Исмаилович (к 70-летию со дня рождения)

Rakhimov A.T., Muradov A.M.

Influence of 0,06% solution of sodium hypochlorite on some biochemical and toxic blood parameters in patients with isolated shin bones fractures and severe diabetes mellitus

Rakhmatova R.A., Rakhmonova P.E., Tilloyeva F.Kh.

Studying of heaviness of state of newborn children born from mothers with overburdened obstetrical anamnesis

Rakhmonova P.E., Tilloyeva F.Kh., Nabiev Z.N.

The study of the immunologic status during pneumonia in newborns and children of early age

Saidmuradova R.Kh., Makhkamov K.K., Khodzhibekova N.O., Buzrukova N.D., Kholinova M.M.

Aspects of nursing of underweight children and optimization of prognosis of their further development

Ruziyev M.M.

Features of HIV infection prevalence among children in Tajikistan

REVIEWS

Jabarova T.S., Muhiddinov N.D.

Staged improvement of under- and post-graduate medical education system is the guarantee of quality health services to the population of Republic of Tajikistan

Mirzoeva F.O., Bobokhojaev O.I.

Comparative analysis of tuberculosis epidemiological situation in different regions of the world

ANNIVERSARY

On the 60th anniversary of Professor Mukhamadiev Saodatkhon Mansurovna

On the 70th anniversary of Professor Kasyimov Olim Ismailovich

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.33-002.2+616.34.073.75

Абдуллоев Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Билолов М.К.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Abdulloev J.A., Saifudinov Sh.Sh., Bilolov M.K.

POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME PREVENTION

Department of General surgery №2 of the Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с желчнокаменной болезнью.

Материал и методы. В работе проанализированы результаты диагностики и видеолaparоскопической коррекции рефлюкс-гастрита и холедохолитиаза при холецистэктомии у 26 больных с желчнокаменной болезнью за период 2014-2016 гг. В контрольную группу вошел 21 пациент, которым была выполнена только холецистэктомия, по необходимости - холедохолитотомия с дренированием холедоха и последующим консервативным лечением рефлюкс-гастрита.

Результаты. Результаты исследования показали значительное преимущество видеолaparоскопической коррекции холедохолитиаза и рефлюкс-гастрита при желчнокаменной болезни, тогда как 7 (33,3%) пациентов из контрольной группы поступили повторно в клинику с диагнозом «постхолецистэктомический синдром» и были повторно оперированы.

Заключение. Для выявления желчнокаменной болезни, её осложнений и сопутствующей патологии необходимо комплексное предоперационное обследование, при их выявлении - соответствующая коррекция во время холецистэктомии, как метод профилактики постхолецистэктомического синдрома. Операцией выбора является лапароскопическая, при необходимости может включать двухэтапный эндоскопический метод. Патогенетически обоснованная видеолaparоскопическая коррекция рефлюкс-гастрита и холедохолитиаза при холецистэктомии в значительной степени уменьшают частоту возникновения постхолецистэктомического синдрома.

Ключевые слова: рефлюкс-гастрит, холедохолитиаз, хроническое нарушение дуоденальной проходимости, видеолaparоскопическая коррекция

Aim. Improve the results of treatment of patients with cholelithiasis.

Materials and methods. The work analyzes the results of the diagnostic and video laparoscopic correction of reflux-gastritis and choledocholithiasis during cholecystectomy in 26 patients with cholelithiasis for the period of 2014-2016. The control group of 21 patients, which went through cholecystectomy only and, if necessary, choledocholithotomy with drainage of common bile duct and the subsequent conservative treatment of reflux-gastritis.

Results. The results of research have shown a significant advantage of video laparoscopic correction of choledocholithiasis and reflux-gastritis during cholelithiasis, whereas, 7 (33,3%) patients of control group were repeatedly received in the clinic with postcholecystectomy syndrome diagnosis and repeatedly underwent surgery.

Conclusion. To identify cholelithiasis, its complications and comorbidities, the comprehensive preoperative examination is required, and after identification – the respective correction during cholecystectomy as prevention method of postcholecystectomy syndrome. The operation of choice is laparoscopic operation and, if necessary, two-stage endoscopic method. Pathogenetically substantiated video laparoscopic correction of reflux-gastritis and choledocholithiasis during cholecystectomy significantly reduce the incidence of postcholecystectomy syndrome.

Key words. reflux-gastritis, choledocholithiasis, chronic disorder of duodenal permeability, video laparoscopic correction

Актуальность

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) считается одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, которое выявляется у 10-30% населения преимущественно трудоспособного возраста [1, 6]. В последние два десятилетия повсеместное распространение и статус «золотого стандарта» хирургического лечения ЖКБ получила лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [2, 10, 12]. Бесспорными преимуществами ЛХЭ являются минимальная травматичность, сокращение в 2-3 раза койко-дней, уменьшение реабилитационного периода. Однако, важным критерием эффективности новых медицинских технологий является качество жизни больных в отдаленные сроки после оперативного лечения [3, 4]. К сожалению, спустя 25 лет после внедрения в хирургическую практику ЛХЭ, следует признать, что хирургическое лечение ЖКБ, независимо от оперативного доступа, не компенсирует сложных патофизиологических нарушений, развивающихся при ЖКБ [5, 7]. Своевременно и технически грамотно выполненная холецистэктомия исключает необходимость повторного оперативного вмешательства, но не исключает проведения постоянной или курсовой медикаментозной коррекции [8]. Однако, холецистэктомия по поводу ЖКБ далеко не всегда решает проблемы пациента. У части больных сохраняется болевой синдром и диспепсия, аналогичные таковым до операции, и объединенные некоторыми авторами понятием постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) [9, 11].

Несмотря на длительную историю изучения проблемы ПХЭС, многие вопросы, касающиеся важных клинических аспектов, включающих распространенность, качество диагностики, меры профилактики, остаются далеки от своего решения [12].

Материал и методы исследования

С 2014 по 2016 гг. в клинике общей хирургии № 2 и хирургических болезней № 1 лечились и обследовались 32 пациента с ЖКБ, сочетающейся с рефлюкс-гастритом (РГ) и холедохолитиазом. Из них мужчин было 9 (28,1%), женщин – 23 (71,9%). Средний возраст составил $52 \pm 1,6$ года. В контрольную группу вошел 21 пациент, которым была выполнена только холецистэктомия (ХЭ), при необходимости - холедохолитотомия с дренированием холедоха и последующим консервативным лечением РГ.

Основными жалобами больных при поступлении являлись: периодические боли в правом подреберье (100%), тошнота (39%), рвота (26,4%), горечь во рту (47%), изжога (79%), боль в надчревной области (69,5%).

Всем больным при поступлении в клинику выполняли комплексные клиничко-лаборатор-

ные, а также специальные инструментальные методы исследования: УЗИ, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), поэтажную манометрию, полипозиционное рентгеноконтрастное исследование, эндоскопическую ретроградную холангио-панкреатографию (ЭРХПГ) и по необходимости МРТ.

Было установлено, что все больные ранее неоднократно лечились консервативно у терапевта и смежных специалистов по поводу рефлюкс-гастрита (РГ).

На УЗИ у 17 (53%) пациентов выявлен холедохолитиаз с размерами конкрементов от 0,3 до 1,5 см, из них у 11 (64,7%) больных отмечено расширение холедоха выше нормы. Также при УЗИ выявлены прямые признаки дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) (усиление перистальтической активности двенадцатиперстной кишки (ДПК) в сочетании с замедлением её опорожнения и рефлюксом в желудке, эктазия ДПК, ослабление перистальтики ДПК с ее эктазией и зиянием привратника) у 19 (59,4%) пациентов, косвенные признаки ДГР, такие как избыточное содержание желудка натошак, дискинезия желчевыводящих путей, повышение эхоплотности поджелудочной железы, умеренное расширение общего желчного протока выявлены у 6 (18,75%) пациентов.

При проведении ФГДС у 25 (78%) пациентов обнаружен РГ II и РГ III степеней, в 7 (21,9%) случаях выявлена недостаточность пилорического сфинктера с забросом дуоденального содержимого в желудок.

Поэтажная манометрия показала высокое внутрижелудочное давление у 19 (59,4%) и внутрикишечное давление у 22 (68,75%) пациентов.

При проведении полипозиционного рентгеноконтрастного исследования установлено, что у 15 (46,8%) пациентов отмечается высокое расположение дуоденоюнального перехода (ДЕП)

В результате проведенной нами ЭРХПГ у 17 (53%) пациентов выявлен холедохолитиаз, у 6 (18,75%) из них обнаружено расширение выше нормы и эктазия общего желчного протока.

У 2 (6,2%) больных из-за невозможности выполнения ЭРХПГ и недостаточности информации мы произвели МРТ, в результате чего установлено, что имеется микрохоледохолитиаз и поствоспалительный стеноз терминального отдела холедоха.

У 3 пациентов, у которых ЖКБ сочеталась с недостаточностью пилорического сфинктера за счёт зияния передней её части, нами в клинике разработан новый подход к лечению, включающий в себя одновременно лапароскопическую холецистэктомию и закрытую пилоропластику (рац. удостоверение №3463/R678 от 08.06.2015 г. Выдано ТГМУ «Способ видеолапароскопи-

ческой антирефлюксной пилоропластики при рефлюкс-гастрите»).

Операцию производили следующим образом: в начале выполняли лапароскопическую холецистэктомию по общеизвестной методике, затем при расширении привратника свыше 3,0 см (норма до 1,8 см) – его лапароскопическое ушивание на желудочном зонде с установленным диаметром, проведенным интраоперационно через привратник. По передней поверхности

привратника, ориентируясь на пилорическую часть, накладываются серозно-мышечные лапароскопические швы. Вколы и выколы иглы производятся на равном расстоянии. Швы завязываются, в результате чего происходит вворачивание стенки вовнутрь и тем самым привратник смыкается. Эта операция была применена при зиянии передней части привратника, подтвержденной при эзофагогастроудоденоскопии (рис. 1, 2).

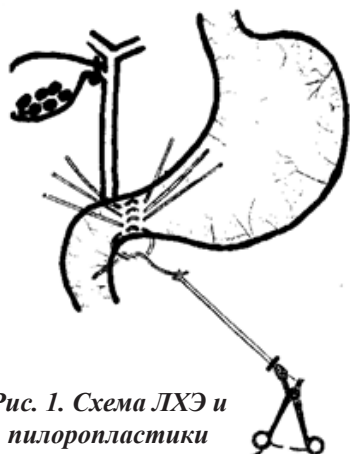


Рис. 1. Схема ЛХЭ и пилоропластики

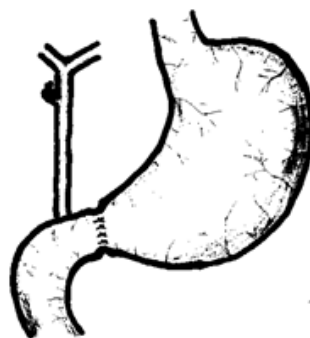


Рис. 2. Общий вид после операции

В 5 случаях ЖКБ сочеталась с хроническим нарушением дуоденальной проходимости (ХНДП), с холедохолитиазом и со стенозом терминального отдела холедоха. Этим пациентам вначале проводили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) и извлечение камней. Для этого предварительно за 15-20 мин. до процедуры для снятия перистальтики вводили атропин 1,0-0,1% в/м и бензогексоний 1,0-2,5% во избежание перистальтических волн, которые возникают в момент рассечения и могут привести к крайне нежелательным последствиям. Также больного обезболивали наркотическим анальгетиком (промедол 1,0-2% в/м), а для максимального расслабления больного вводили диазепам 2,0-1% в/м. Сфинктеротом ввели с помощью дуоденоскопа через двенадцатиперстную кишку к режущему элементу. Папиллосфинктеротомия (ПСТ) осуществляется под контролем зрения после предварительной канюляции большого дуоденального сосочка с помощью проводника и ЭРХПГ для определения протяженности стеноза, размера и расположения камней. Вводится игольчатый папиллотом, режущая струна которого находится на 11-12 часах условного циферблата. Папиллотомия делается в малых порциях в нескольких этапах. В момент рассечения только небольшая часть режущей струны находится в контакте с тканями. Рассечение производится путем серий коротких подач тока (30 W), медленно (для

адекватной коагуляции краев разреза и контроля его протяженности), постепенно вытаскивая сфинктеротом, что обеспечивает соприкосновение с тканями только кончика режущей струны. После ПСТ и коагуляции для извлечения или дробления камней желчных протоков используется корзинка типа Dormia. После извлечения камней и ревизии для исключения кровотечения этим и заканчивают ЭПСТ. Мы придерживаемся ЭПСТ при стенозе терминального отдела холедоха протяженностью не более 2 см, диаметром конкремента менее 0,9 см, так как возможно восстановить проходимость желчных протоков путем рассечения стенозированных тканей и извлечь камень (при более длинных стенозах по протяженности и крупных камнях, соответственно, требуется больший разрез, что влечет за собой ряд грозных осложнений). Вторым этапом на следующий день приступали к холецистэктомии (ХЭ) по общеизвестной лапароскопической методике. И в последнем для разрешения ХНДП, причина которого явилось высокое стояние ДЕП, выполняли лапароскопическое рассечение связки Трейтца с низведением ДЕП (рис. 3, 4). При возникновении кровотечения на месте рассеченной связки дополнительно накладывали два-три гемостатических шва (рац. удостоверение №3462/R677 от 26.06.2015 г. Выдано ТГМУ «Способ миниинвазивного лечения стеноза терминального отдела холедоха и рефлюкс-гастрита при ЖКБ»).

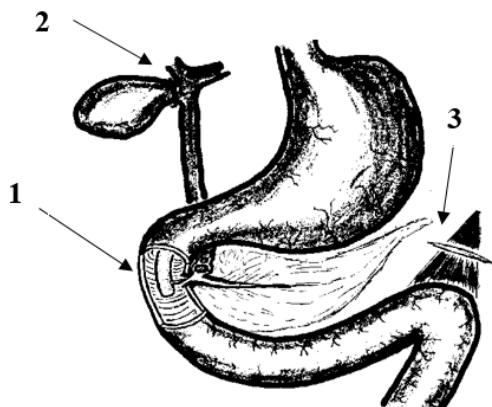


Рис. 3. Этапы операции.

- 1) ЭПСТ с литоэкстракцией камней корзинкой Дормиа
- 2) Лапароскопическая ХЭ
- 3) Рассечение связки Трейтца

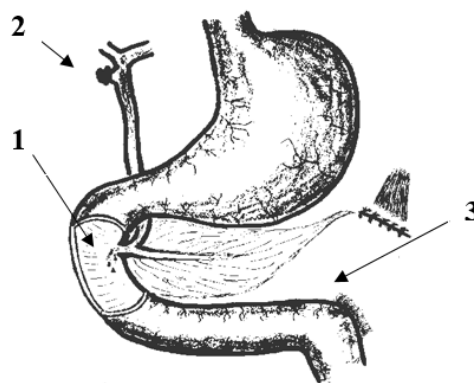


Рис. 4. Общий вид после операции.

- 1) Желчь течёт свободно
- 2) Желчный пузырь удален
- 3) Нет нарушения дуоденальной проходимости

Также у 3 пациентов, когда ЖКБ и недостаточность пилорического сфинктера сочетались с холедохолитиазом, произведена ЭПСТ с литоэкстракцией камней, закрытая лапароскопическая пилоропластика и ХЭ.

Лапароскопическую ХЭ и рассечение связки Трейтца с низведением ДЕП произвели у 9 пациентов с ЖКБ и ХНДП.

У 3 пациентов одновременно ЖКБ сочеталась с микрохоледохолитиазом, стенозом терминального отдела холедоха, недостаточностью пилорического сфинктера, а также ХНДП, причиной которой явилось высокое стояние ДЕП. Для таких

больных нами в клинике разработан оригинальный способ лечения, включающий в себя ЭПСТ с литоэкстракцией камней, которые дополняют ХЭ, антирефлюксной закрытой пилоропластикой и рассечением связки Трейтца (рац. удостоверение №3461/R676 от 26.06.2015г. Выдано ТГМУ «Способ комбинированного миниинвазивного лечения рефлюкс-гастрита в сочетании с холедохолитиазом при ЖКБ»). Мы производили вначале ЭПСТ с литоэкстракцией камней, на втором этапе – лапароскопическую ХЭ с закрытой пилоропластикой, рассечение связки Трейтца и низведение дуодено-еюнального перехода (рис. 5, 6).

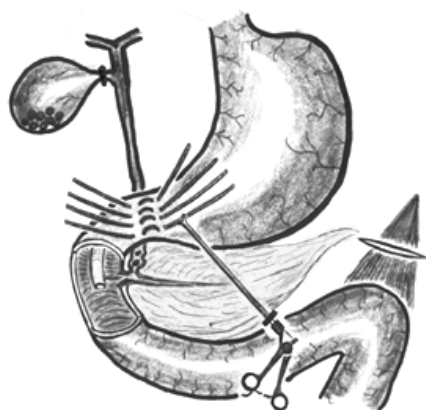


Рис. 5. Первый этап: ЭПСТ с литоэкстракцией камней из корзинки Дормиа. Второй этап: ХЭ, закрытая лапароскопическая пилоропластика с последующим лапароскопическим рассечением связки Трейтца и низведением ДЕП

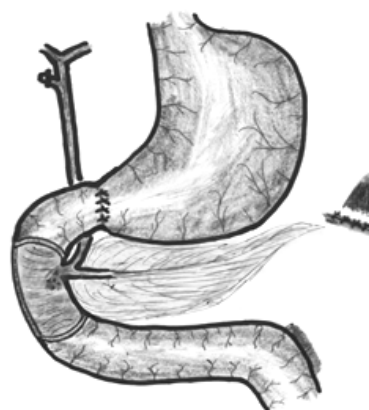


Рис. 6. Общий вид после операции. Желчь течет свободно, пилорический сфинктер сомкнут, нет признаков дуоденостаза

Лишь в 4 (6%) случаях в основной группе операцию пришлось выполнить традиционным способом: у 2 пациентов: у одного отмечался

холедохолитиаз с размером конкремента более 1,0 см и стеноз терминального отдела холедоха протяженностью более 2 см; у второго недо-

статочность пилорического сфинктера была тотальной, при проведении ЭПСТ произошло вклинение корзины Dormia, это послужило поводом для перехода на конверсию.

Во всех случаях, когда рассекли связку Трейтца, после коагуляции вместо рассеченной связки для профилактики спайкообразования и рецидива РГ с помощью электроотсоса, проведённого в брюшную полость на месте рассеченной связки, вводили специальный, предварительно приготовленный и подогретый до $37,0^{\circ}\text{C}$ противовоспалительный раствор следующего состава: раствор новокаина 0,5% – 200,0 мл, преднизолон – 120 мг, гепарин – 1,0 (5 тыс. ЕД), витамин Е 30% – 5,0 мл. Вводимый раствор в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периодах препятствует развитию повторного спайкообразования, тем самым предотвращая рецидив и прогрессирование РГ. Противоспалительный раствор обладает обезболивающим, противовоспалительным, пролиферативным, десенсибилизирующим и антигипоксическим эффектами.

В результате проведенного поэтапного оперативного вмешательства и введения противовоспалительного раствора снижается риск возникновения спайкообразования, ПХЭ РГ и тем самым повторной операции.

Во время проведения лапароскопических операций осложнений не отмечено.

Для профилактики резидуального холедохолитиаза больные после операции получали мебеверин (дюспаталин) внутрь за 20 мин. до еды по 1 капсуле (не разжевывая) 2 раза в день (утром и вечером), который расслабляет сфинктер Одди, тем самым способствуя выведению остаточных, мелких и не отмеченных конкрементов.

Всем пациентам контрольной группы произведена традиционная открытая ХЭ с последующим консервативным лечением РГ, не учитывая при этом в патогенезе развития РГ роль ХНДП.

У 9 больных контрольной группы также отмечен холедохолитиаз. Были произведены холецистэктомия, холедохотомия, холедохолитотомия, холедохоскопия и наружное дренирование холедоха по Робсону у 4, по Вишневскому у 2, по Аббе у 2, по Керру у 1.

Результаты и их обсуждение

У всех больных из основной группы в послеоперационном периоде отмечалось выраженное улучшение состояния за короткий период времени, пациенты жалоб не предъявляли, быстро восстанавливалась трудоспособность, среднее число койко-дней нахождения их в стационаре составило $3\pm 2,1$ дня. В контрольной группе больных в 1 случае отмечалось нагноение послеоперационной раны, среднее число койко-дней составило 14 ± 2 .

Повторно через 6 месяцев мы провели комплексное клинично-инструментальное исследование. У больных основной группы отсутствовали жалобы. При ФГДС из большого дуоденального сосочка желчь текла свободно, недостаточности пилорического сфинктера не отмечалось, признаки ДГР и РГ отсутствовали, при поэтапной манометрии отмечалось нормальное интрагастральное и интрадуоденальное давление.

В контрольной группе 7 (33,3%) пациентов повторно поступили в стационар и госпитализированы с диагнозом ПХЭС. У них имелись жалобы на тупые боли в области эпигастрия, горечь во рту и чувство дискомфорта. После проведения комплексного клинично-инструментального исследования у 4 пациентов отмечено повышение внутрижелудочного и внутридуоденального давления, при рентгеноконтрастном исследовании отмечалось замедление продвижения контрастного вещества, высокое расположение дуоденоюнального перехода с забросом контраста в желудок. При эндоскопии выявлен ДГР с РГ различной степени. Из повторно поступивших больных в 3 случаях выявлен холедохолитиаз и стеноз терминального отдела холедоха, 1 пациент поступил с диагнозом спаечной болезни. Всем повторно поступившим после соответствующей предоперационной подготовки произведена операция с соответствующей коррекцией лапароскопическим способом.

Выводы

1. Для профилактики ПХЭС необходимо комплексное предоперационное обследование больных с ЖКБ, при выявлении сопутствующей патологии необходима соответствующая коррекция во время холецистэктомии

2. При выявлении ЖКБ, её осложнений и сопутствующей патологии, таких как холедохолитиаз с размером конкремента менее 0,9 см, стеноз терминального отдела холедоха протяженностью не более 2 см, недостаточность пилорического сфинктера за счёт зияния передней его части, ХНДП, причиной которой является высокое стояние дуодено-юнального перехода, операцией выбора является лапароскопическая, при необходимости можно включить эндоскопический метод, выполняя их в два этапа. Это, в свою очередь, как показали исследования, в значительной степени улучшает качество жизни больных, максимально сокращает пребывание в стационаре, методика более экономична, минимален риск послеоперационных осложнений.

3. Патогенетически обоснованная видеолапароскопическая коррекция рефлюкс-гастрита и холедохолитиаза при холецистэктомии в значительной степени уменьшают частоту возникновения ПХЭС.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 10-12 см. в REFERENCES)

1. Абдуламитов Х.К., Ермолов А.С., Гуляев А.А. и др. Отдаленные результаты видеолaparоскопической холецистэктомии при остром холецистите // Эндоскопическая хирургия. 2009. № 3. С. 3-7.
2. Баранов Г.А., Решетников Е.А., Харламов Б.В. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. 2008. № 6. С. 32-37.
3. Баулин А.А., Середин С.А., Квасов А.Е. и др. Сравнение непосредственных результатов различных вариантов техники холецистэктомий // XII Съезд Российского общества эндоскопических хирургов. М., 2009. С. 52-53.
4. Валенкевич Л.Н., Филина Г.В., Бобкова О.П. Постхолецистэктомический синдром у больных пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. 2002. Т. 8, № 12. С. 19-21.
5. Габриель С.А. Эндоскопические чреспапиллярные методы диагностики и лечения холедохолитиаза: автореф. дисс... канд. мед. наук. Краснодар, 2005. 22 с.
6. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 3165 операций // Эндоскопическая хирургия. 2007. №2. С. 3-7.
7. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение // Лечащий врач. 2004. №4. С. 34-38.
8. Кубышкин В.А., Кочатков А.В. Применение креона при постхолецистэктомическом синдроме // Фарматека. 2005. №20. С. 96-100.
9. Омаров К.Х. Хирургическая коррекция хронического нарушения дуоденальной проходимости в профилактике постхолецистэктомического синдрома: автореферат дисс... канд. мед. наук. Махачкала, 2008. 18 с.

REFERENCES

1. Abdulamitov Kh. K., Ermolov A. Ts., Gulyaev A. A., Ot-dalennye rezultaty videolaparoskopicheskoy kholetsistektomii pri ostrom kholetsistite [Long-term results of videolaparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 2009, No. 3, pp. 3-7.
2. Baranov G. A., Reshetnikov E. A., Kharlamov B. V. Miniinvazivnye sposoby kholetsistektomii u bolnykh starshikh vozrastnykh grupp pri ostrom kholetsistite [Minimally invasive methods of cholecystectomy in older patients with acute cholecystitis]. *Khirurgiya – Surgery*, 2008, No. 6, pp. 32-37.
3. Baulin A. A., Seredin S. A., Kvasov A. E., [Comparison of the immediate results of the various options of cholecystectomies technology]. XII Sezd Rossiyskogo obshchestva endoskopicheskikh khirurgov [XII Congress of the Russian Society of Endoscopic Surgeons]. Moscow, 2009, pp. 52-53. (In Russ.)
4. Valenkevich L. N., Filina G. V., Bobkova O. P. Postkholetsistektomicheskiy sindrom u bolnykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Postcholecystectomy syndrome in elderly

patients]. *Klinicheskaya gerontologiya – Clinical Gerontology*, 2002, Vol. 8, No. 12, pp. 19-21.

5. Gabriel S. A. *Endoskopicheskie chrespapillyarnye metody diagnostiki i lecheniya kholodokholitiaza*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Endoscopic through papillary methods of diagnosis and treatment of choledocholithiasis. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Krasnodar, 2005. 22 p.

6. Gallinger Yu. I., Karpenkova V. I. Laparoskopicheskaya kholetsistektomiya: opyt 3165 operatsiy [Laparoscopic cholecystectomy: the experience of 3165 operations]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 2007, No. 2, pp. 3-7.

7. Grigorev P. Ya., Yakovenko E. P., Agafonova N. A. Postkholetsistektomicheskiy sindrom: diagnostika i lechenie [Postcholecystectomy syndrome: diagnosis and treatment]. *Lechashchiy vrach – Attending physician*, 2004, No. 4, pp. 34-38.

8. Kubyshkin V. A., Kochatkov A. V. Primenenie kreona pri postkholetsistektomicheskom sindrome [The use of Creon during postcholecystectomy syndrome]. *Farmateka - Farmateka*, 2005, No. 20, pp. 96-100.

9. Omarov K. Kh. *Khirurgicheskaya korrektsiya khronicheskogo narusheniya duodenalnoy prokhozimosti v profilaktike postkholetsistektomicheskogo sindroma*. Avtoreferat diss. kand. med. nauk [Surgical correction of chronic disturbance of duodenal passableness in preventive of postcholecystectomy syndrome. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Mahachkala, 2008. 18 p.

10. Cawich S. O., Mitchel D. I. G., Newnham M. S., Arthurs M. A comparison of open and laparoscopic cholecystectomy done by a surgeon in training. *West Indian Medical Journal*, 2006, Vol. 55, No. 5, pp. 103.

11. Jaunoo S. S., Mohandas S., Almond L. M. Postcholecystectomy syndrome. *International Journal of Surgery*, 2010, Vol. 8, No. 1, pp. 7-15.

12. Siddiqui T. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *The American Journal of Surgery*, 2008, Vol. 195, No. 1, pp 40-47.

Сведения об авторе:

Абдуллоев Джамолiddин Абдуллоевич – зав. кафедрой общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор

Сайфудинов Шохин Шарофудинович – аспирант кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Билолов Мухаммад Кандилович – асс. кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Контактная информация:

Сайфудинов Шохин Шарофудинович – Таджикистан, г. Душанбе, ул. Фирдавси 89, кв. 53; тел: +992988040899; e-mail: dr.shohin.1986@mail.ru

Акбаров М.М.

ПРИМЕНЕНИЕ СВЕРХЭЛАСТИЧНОЙ ФОЛЬГИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА ПРИ УСТРАНЕНИИ ГЛУБОКОЙ АТРЕЗИИ ПОЛОСТИ НОСА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Akbarov M.M.

USING NITI SUPERELASTIC FOIL IN ELIMINATION OF NASAL CAVITY DEEP ATRESIA

Department of Maxillofacial Surgery with Children Stomatology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с глубокими атрезиями полости носа.

Материал и методы. Работа основана на клиническом наблюдении 50 больных с дефектами и деформациями скелетно-хрящевого отдела носа в возрасте от 16 до 45 лет, мужчин 31 (62%), женщин 19 (38%). У 3 (6%) были глубокие атрезии полости носа, хирургическое устранение которых производили с использованием аутогенных материалов. Окончательное формирование носового прохода осуществляли с применением сверхэластической фольги из никелида титана.

Результаты. Использование полнослойного кожно-жирового лоскута из носогубной складки, в качестве опоры - хряща из ушной раковины самого больного способствует полному свободному восстановлению носового дыхания, а также устранению эстетического недостатка.

Заключение. Окончательное формирование носового прохода при устранении глубоких атрезий с использованием сверхэластической фольги у больных в послеоперационном периоде обеспечивает плотное и надежное прилегание лоскутов, улучшает регенерацию без формирования грубых рубцов, восстанавливает нарушенные функции. Отсутствие рецидивов свидетельствует о высокой эффективности способа.

Ключевые слова: глубокие атрезии носовой полости, аутогенные материалы, сверхэластическая фольга из никелида титана

Aim. To improve the treatment results of patients with profound nasal cavity atresia.

Materials and methods. The work is based on clinical observation of 50 patients with defects and deformations of skeletal and cartilaginous nasal division in the age of 16 to 45 years old, 31 men (62%), 19 women (38%). The profound nasal cavity atresia was observed in 3 (6%) of them, surgical removal of which was performed using autogenic materials. Final nasal meatus formation was performed using super elastic NITI foil.

Results. The use of full-layer skin and fat graft of nasolabial fold, and as a support – cartilage of auricle of patient contributes to complete free restoration of nasal breath and also elimination of aesthetic deficiency.

Conclusion. Final nasal meatus formation during elimination of profound atresia using super elastic foil in patients during postoperative period provides tight and reliable attachment of grafts, improves regeneration without formation of harsh scars, restores function disorders. Absence of recurrences indicates high efficiency.

Key words: profound nasal cavity atresia, autogenic materials, super elastic NITI foil

Актуальность

Устранение глубокой атрезии носового хода считается одной из наиболее сложных задач для челюстно-лицевых, пластических хирургов и оториноларингологов. При выполнении данного хирургического вмешательства требуется не толь-

ко восстановление анатомических контуров наружного носа, но и свободного носового дыхания. Известно, что атрезии носовых ходов у больных возникают в результате перенесенных в детском возрасте различных инфекционных заболеваний, таких как оспа, дифтерия носа, скарлатина, сифи-

лис, красная волчанка, нома и др. Кроме того, они могут возникать при травматических повреждениях, особенно при огнестрельных и онкологических заболеваниях [1, 3].

Атрезии полости носа могут быть полными и неполными, наружными и глубокими, а также костными. Устранение наружных форм атрезий для хирурга, выполняющего данные операции, не представляет большую трудность. Значительную сложность в плане хирургической реконструкции представляют полные и глубокие атрезии в носовых полостях.

На сегодняшний день для этих целей разработаны и предложены многочисленные методы хирургических вмешательств. Методы Шмидта и Шега, Кайзера, Кельселбега, Карпера, Корсакова и Проскуракова С.А. и др. относятся к классическим и по сей ден не утратили своего значения [2, 4]. К последним разработкам в данном направлении можно причислить метод Мухина М.В., подробно описанный и опубликованный в специальном издании в 1998 г. [1].

При устранении глубоких и полных атрезий полости носа все вышеперечисленные методы предусматривают использование лоскутов на ножке из окружающих околоносовых тканей лица или же свободных кожных трансплантатов с применением различных расширителей, вкладышей, трубок и др. Указанные устройства изготавливаются из пластмассы полиэтиленовых трубок и предна-

значены для достижения восстановления проходимости носовых ходов. Однако большинство из предложенных конструкций не всегда позволяют получить желаемый результат. Некоторые из них не обеспечивают плотного прилегания лоскутов, другие закрывают просвет носового хода, нарушая дыхание и негативно влияя на приживаемость пересаженных лоскутов [1, 3, 4].

Для устранения глубоких атрезий полости носа, полного восстановления проходимости носовых ходов и профилактики рецидивов в качестве расширяющих конструкций, стабилизирующих результаты, полученные в ходе операции, нами используются устройства из сверхэластичной фольги из никелида титана.

Материал и методы исследования

Настоящее исследование основано на изучении клинического материала 50 больных с дефектами и деформациями скелетно-хрящевого отдела носа, находившихся на лечении в Центре стоматологии и эстетической хирургии г. Худжанда, в отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан в период с 2003 по 2011 гг. Из общего количества больных мужчин было 31 (62%), женщин - 19 (38%). Возраст варьировал от 16 до 45 лет. В зависимости от пола, возраста и имеющейся патологии все пациенты были распределены на группы (табл.).

Распределение больных в зависимости от пола, возраста и представленной патологии

Виды патологии	Возрастные группы и пол больных									
	до 20 лет		21-30		31-40		старше 40 лет		Всего	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	абс	%
Деформация кончика и крыльев носа	0	3	2	4	0	1	1	0	11	22,2%
Деформация и дефект перегородки носа	2	2	2	1	2	1	2	0	12	24,1%
Деформация спинки носа	1	1	3	7	10	1	4	0	27	54%

В основу такого разделения была положена классификация, предложенная В.А. Виссаршоновым (1988).

Следует отметить, что данная классификация является наиболее простой, удобной и реально приближенной к клинической практике. Согласно указанной классификации, больные с глубокими атрезиями носа включены во вторую группу представленной патологии

Следует подчеркнуть, что самыми сложными в плане курации являются больные с глубокими атрезиями носовой полости. При этом двум из трех наблюдаемых нами больных операции по устранению глубокой атрезии носа производились дважды.

Объективные данные осмотра больных выявили у всех затрудненное носовое дыхание, наличие грубой деформации зубо-челюстной системы, что заставляет больных стремиться к уединению.

Всем больным обследование проводилось по традиционной схеме. Изучали общие анализы, биохимический состав крови, анализы на ВИЧ-инфекцию, гепатиты и др. Кроме того, пациенты осматривались оториноларингологом, терапевтом и при необходимости врачами других специальностей.

Для устранения глубоких атрезий полости носа нами был использован полнослойный кожно-жировой лоскут на ножке, изъятый из приграничной носогубной складки и помещённый на раневую поверхность, возникающую после отделения и высвобождения от рубцов крыла носа. Причем данный лоскут укладывался в виде дубликатуры, между ним и раневой поверхностью помещался соответствующего размера хрящ, взятый из участка ладышной раковины и служащий в качестве опоры. Для окончательного формирования носового хода в послеоперационном периоде нами была использована сверхэластичная фольга из никелида титана толщиной 1 мкм, шириной 2 см, изготовленная *ex tempore*, путём сворачивания конструкции из фольги устанавливали во вновь создаваемый носовой проход. Под воздействием температуры тела конструкция выпрямлялась, создавая при этом носовой проход в состоянии гиперкоррекции.

Кроме того, выпрямляющаяся по периметру фольга плотно прижимала лоскуты к раневой поверхности, тем самым способствуя оптимизации регенераторного процесса заживления раны без формирования грубых рубцов. Одновременно благодаря бактерицидному свойству материала отпадала необходимость в обертывании конструкции индифферентными мазевыми составами.

Для наглядности приводим пример из *клинической практики*.

Больной А.М. 1985 г.р., история болезни 1289/554, поступил в отделение взрослой челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра с жалобами на затрудненное дыхание и наличие обезображивающих рубцов в области левого носового прохода, полностью закрывающих его просвет.

Из анамнеза: в раннем детском возрасте перенесено в области носа, в результате обширного поражения указанной зоны образовался дефект крыла носа. В процессе рубцевания деформированное левое крыло носа «прилипло» к носовой перегородке, нарушая при этом функцию дыхания.

Объективно: левое крыло носа раздвоено рубцом и спаяно с перегородкой, грушевидное отверстие отсутствует. Передняя риноскопия невозможна. Отмечается вторичная аномалия верхней челюсти за счет её выступания вперед. Тип дыхания ротовой. Зубы расположены неупорядоченно. Движение нижней челюсти свободное, функция не нарушена. Кроме этого, при обследовании у больного выявлены эпилептические припадки, которые были связаны с постоянной хронической гипоксией мозга, вызванной нарушением дыхания.

В плановом порядке под общим обезболиванием больному произведена операция по устранению глубокой полной атрезии носового хода. В результате удаления рубцов и восстановления положения крыла носа образовалась обширная раневая поверхность, которая закрыта кожно-жировым лоскутом на ножке, изъятым из носогубной складки. В качестве крыльчатого хряща использован хрящ из ладышной раковины (рис. 1).

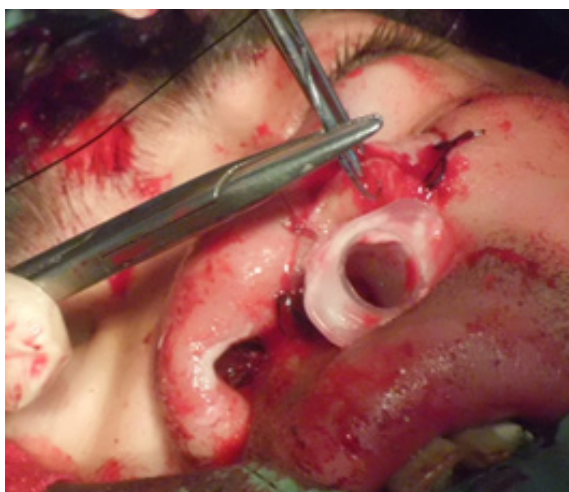


Рис. 1. а) момент изъятия хряща из ладышной раковины



б) его установка в области крыльчатого хряща носа

При этом блок сформированных лоскутов перемещен и повернут в носовой проход, для полного его прилегания к обширной раневой поверхности

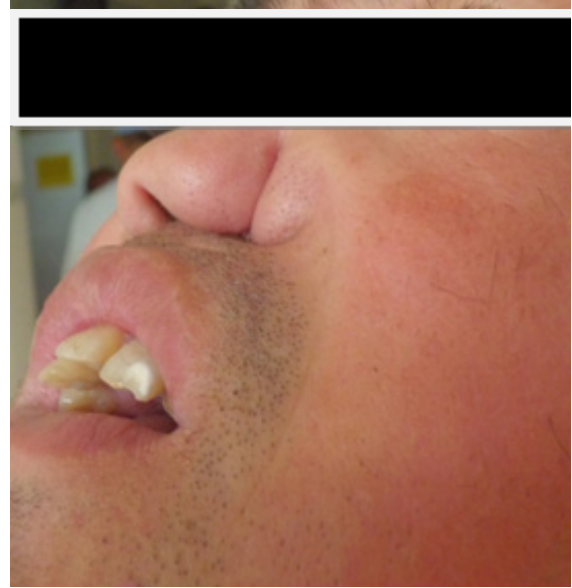
установлена сверхэластичная фольга, по форме и объёму соответствующая вновь образованному носовому отверстию.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно, заживление раны первичное. В результате проведенной операции с применением сверхэластичной фольги из

никелида титана удалось устранить глубокую полную атрезию носа (рис. 2.) Носовой проход и носовое дыхание восстановлены в полном объеме.



А



Б



В



Г



Д



Е



Ж



З

Рис. 2. Больной А.М. 1985 г.р. ист. болезни 1289/554. Д/з:
а, б - до оперативных вмешательств;
в, г - этапы проведенной операции;
д, е - подготовленная сверхэластичная фольга;
ж, з - после оперативных вмешательств

Результаты и их обсуждение

В послеоперационном периоде все больные с целью профилактики послеоперационных осложнений получали антибиотики целенаправленного действия, обезболивающие, рассасывающую терапию. Швы у больных были удалены на 10 день после операции, конструкцию из сверхэластичной фольги из никелида титана в полости носа удерживали до 15 дней, до полного завершения процесса рубцевания.

В результате проведенного хирургического вмешательства у всех больных достигнут хороший функциональный и эстетический результат, выразившийся в устранении атрезии носового прохода, восстановлении полного свободного носового дыхания, а также в приобретении нормальной формы носа. Ни в одном случае нами не выявлено каких-либо осложнений.

Заключение

Использование сверхэластичной фольги из никелида титана толщиной в 1 мкм различной ширины позволяет *ex tempore* изготавливать конструкции, дающие возможность восстанавливать носовой проход у больных при устранении различных атрезий в полости носа.

Благодаря сверхэластичности и обратному формоизменению конструкция обеспечивает надежное прилегание пересаженных лоскутов к раневой поверхности и способствует эффективному восстановлению не только формы носа, но, главное, носового дыхания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балин В.Н., Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. СПб.: Специальная литература, 1998. 527 с.
2. Пейпл Д. Пластическая и реконструктивная хирургия лица. Москва: БИНОМ, 2007. 951 с.
3. Шамсидинов Б.Н., Тохиров М.Г., Юсупов А.Ш. // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2010. № 3. С. 381-383.

REFERENCES

1. Balin V. N., Aleksandrov N. M. *Klinicheskaya operativnaya chelyustno-litsevaya khirurgiya* [Clinical operative maxillofacial surgery]. St. Petersburg, Spetsialnaya literatura Publ., 1998. 527 p.
2. Peypl D. *Plasticheskaya i rekonstruktivnaya khirurgiya litsa* [Plastic and reconstructive facial surgery]. Moscow, BINOM Publ., 2007. 951 p.
3. *Pediatric and Pediatric Surgery of Tajikistan* [Pediatrics and Pediatric Surgery of Tajikistan], 2010, No. 3, pp. 381-383.

Сведения об авторах:

Акбаров Мадамин Маткаримович – асс. кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Акбаров Мадамин Маткаримович – тел.: +992 501002067

Алиев С.П.

СТАТИСТИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ И КАДАСТРОВЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ОЦЕНКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ МАЛЯРИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Таджикский НИИ профилактической медицины МЗиСЗН РТ

Aliev S.P.

STATISTICAL, DYNAMICAL AND CADASTRAL APPROACHES OF ESTIMATION AND FORECASTING OF MALARIA IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Tajik Research Institute of Preventive Medicine of Ministry of Health and Social Protection of Population of Republic of Tajikistan

Цель исследования. Изучить потенциал и возможности мониторинго-оценочного подхода в прогнозировании малярии, основанного на формировании и использовании консолидированной, статистико-динамической и кадастровой информационной базы.

Материал и методы. Использованы профильно-ретроспективные, научно-статистические и иные имеющиеся информационные материалы. В качестве базового исследовательского метода выступило сравнительно-сводное консолидирование информации из различных источников, что способствовало увеличению степени чистоты и научной обоснованности полученных результатов.

Результаты. Уровень качества и эффективности анализа очагов и, соответственно, прогнозирования общей маляриологической ситуации в условиях конкретных географических зон страны существенно зависит от объёма, охвата и требований, предъявляемых к используемым информационно-статистическим ресурсам, а также методическим подходам в их аналитической обработке.

Заключение. Обеспечение оптимизированной комплексной оценки и качественного ситуационного прогнозирования наиболее эффективно достигается за счёт формирования и активного использования консолидированной статистико-динамической и кадастровой базы, включающей данные о распространённости переносчиков малярии, температурном факторе, показателях заболеваемости среди населения, а также учитывает особенности ландшафтно-кадастровых, климатических и антропогенных изменений территорий, включая особенности проводимой хозяйственной деятельности.

Использование предлагаемого подхода позволит прогнозировать и проводить противомаларийные мероприятия более дифференцированно, точно, эффективно и экономически оправдано.

Ключевые слова: прогнозирование, база данных, кадастр, картирование

Aim. To study capacity of monitoring and evaluation approach in predicting malaria based on creation and usage of consolidated, statistical, dynamical and cadastral informational database.

Materials and methods. During the study, the field retrospective, scientific and statistical and other available information materials were used. As a basic research method the comparative and cumulative consolidation of information from various sources was chosen which contributed to increasing of the purity's degree and scientific validity of obtained results.

Results. The quality and efficiency level of malaria center analysis and, correspondingly, forecasting of the general malariological situation in specific geographical areas of the country, significantly depends on the volume, scope and requirements used for informational and statistical resources, as well as methodological approaches in their analytical processing.

Conclusion. Providing of optimized, complex assessment and qualitative situational forecasting is most effectively achievable with formation and active using of consolidated statistical-dynamical and cadastral databases, including data on prevalence of malaria vectors, temperature factors, morbidity among the population, as well as taking into account the landscape and cadastral, climate and anthropogenic changes of areas including business-related specifics. Using of the proposed approach will predict and carry anti-malarial activities more differentiated, pointwise, effectively and economically justified.

Key words: forecasting, database, cadaster, mapping

Актуальность

Прогнозирование маляриологической ситуации – задача сложная и ответственная. Она должна быть составной частью программ эпидемического надзора за малярией и конечным результатом маляриологического мониторинга. Решение этой задачи требует знания и эффективного использования современных подходов многофакторной оценки и анализа.

Мониторинг и прогноз эпидемической ситуации обычно осуществляются на основании данных ретроспективного и оперативного сравнительного анализа с привязкой к исходным показателям и конкретному территориальному ареалу. При этом в последние годы появилась тенденция прогнозирования эпидситуации во взаимосвязи с изменениями климатических факторов, в частности, повышением температуры воздуха в приземном слое и влиянием её на распространённость возбудителей и переносчиков инфекций. Однако, методология такого прогнозирования разработана недостаточно. Большинство работ о влиянии потепления климата выполнены специалистами по компьютерному моделированию, географами, математиками и экономистами. В публикуемых прогнозах, основанных на ключевых параметрах возможных масштабов температурных изменений, времени их наступления и даже направления присутствует некоторая неопределённость в связи с недостаточностью статистическо-оценочных медико-биологических и социально-экономических подходов [3]. Практически отсутствуют прямые наблюдения по изменению ареалов переносчиков, например, малярии в зависимости от изменившихся климатических условий. Прогнозы строятся, в основном, на логических допущениях и интерпретации.

Придавая главенствующее значение температурному фактору, авторы таких моделей в качестве подтверждения своих высказываний приводят примеры повышенной заболеваемости трансмиссивными болезнями в годы с необычно высокой температурой окружающей среды в периоды сезона передачи инфекции. Тем не менее, существуют многочисленные наблюдения, когда в годы повышения температуры эпидемии не регистрировались.

Наибольшее влияние потепления климата должно проявиться в предгорных и горных местностях. Отсутствие малярии на территории Восточной части ГБАО пока сдерживается низкими температурами, но при потеплении климата граница распространения малярии может переместиться на большие высоты над уровнем моря при условии появления источников инфекции и наличии эффективных переносчиков заболевания.

При составлении прогнозов о распространённости переносчиков малярии кроме температурного фактора следует учитывать особенности ландшафта, антропогенные изменения территории, особенности хозяйственной деятельности и др. [1, 2]. Например, увеличение площадей под рисосеянием создало благоприятные условия для широкого распространения на территории Таджикистана *An. superpictus* и, соответственно, увеличения числа случаев местной передачи малярии. Более всего распространению малярии в республике способствует массовый приток сезонных рабочих из эндемичных территорий. В отличие от местного населения, этот контингент лиц, живя во временных помещениях (в палатках, под тентами), более подвержен нападению комаров, в связи с чем заболеваемость малярией среди них выше, по сравнению с заболеваемостью среди местных жителей [2, 4].

Осложнения маляриологической ситуации должны быть предсказаны своевременно, чтобы была возможность мобилизовать необходимые силы и ресурсы для их подавления на начальной фазе развития. Особенно актуальным вопрос прогнозирования эпидситуации представляется в период достигнутой элиминации малярии и её поддержания с целью недопущения случаев возобновления эндемичной передачи.

Материал и методы исследования

Материалы, использованные в настоящем исследовании, представляют из себя научно-статистические данные и информацию, полученные из имеющихся профильных источников, охватывающих определенный ретроспективный срез, включая кадастровое картирование и дифференциацию по регионам страны.

Особенностью методического подхода в работе с анализируемыми материалами являлось проведение сводного консолидирования информации из различных источников, обеспечивающее эффективную сравнительную оценку и выявление динамических и статических параметров рассматриваемых показателей. Данный метод способствовал увеличению степени чистоты и научной обоснованности полученных результатов.

Все цифровые результаты в рамках проводимого исследования проходили компьютерно-статистическую обработку с использованием специальной программы Excel – 5,0; а также программы STATISTICA 6.0.

Результаты и их обсуждение

В преэлиминационном периоде (2005-2010 г.г.) создана консолидированная статистико-динамическая и кадастровая информационная база очагов малярии и маляриологическая стратификация эндемичных районов Таджикистана, позволившая отразить динамику распространения малярии в регионах республики во времени и пространстве,

а также прогнозировать сроки и объём проведения противомаларийных мероприятий в очагах.

В процессе формирования указанной информационной базы были получены следующие результаты:

Всего по республике было определено 306 новых и остаточных очагов трехдневной малярии, из них – один новый активный очаг тропической малярии (табл. 1).

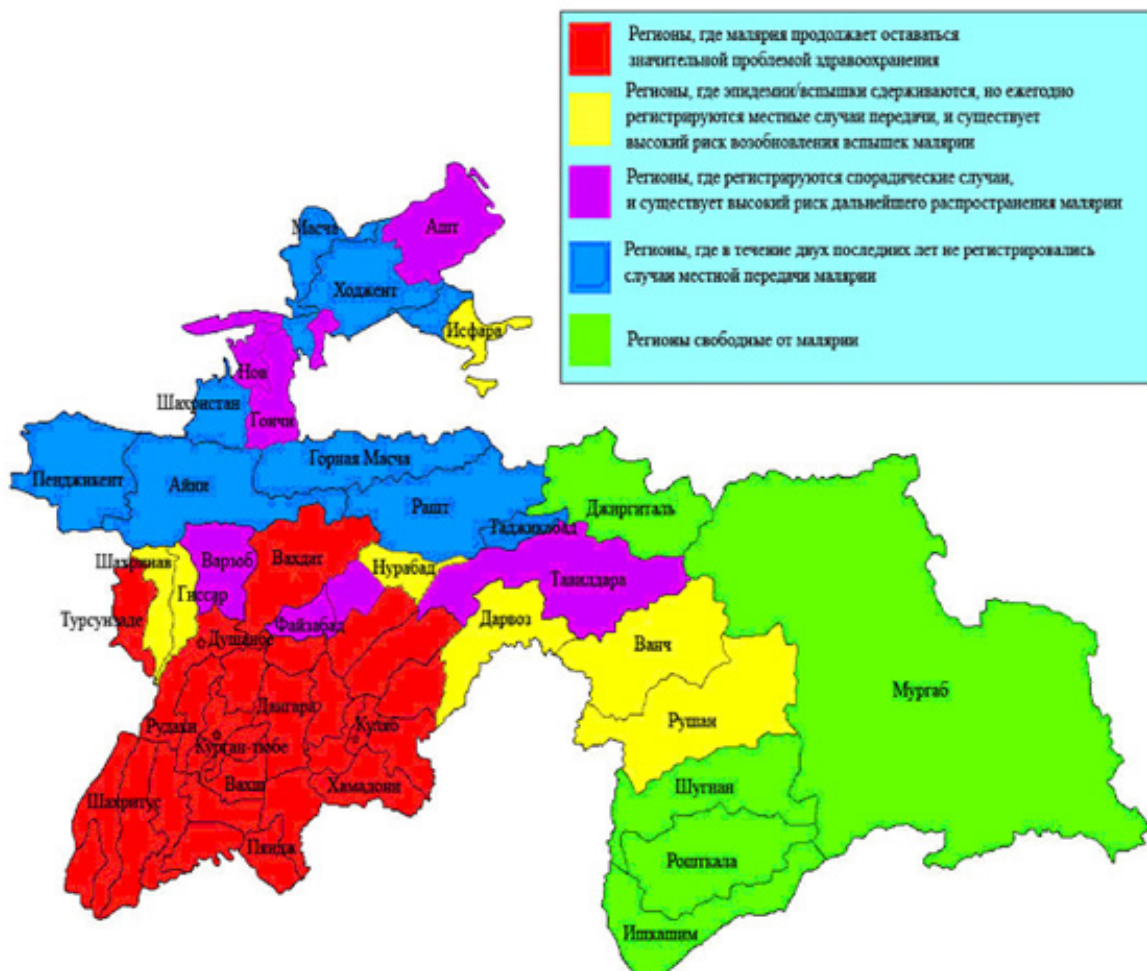
Таблица 1

Количество очагов, введенных в ГИС, по административным территориям РТ

Область/Регион	Количество очагов
Районы республиканского подчинения	69
Хатлонская область	208
г. Душанбе	12
ГБАО	7
Согдийская область	10

В процессе анализа данных по очагам была составлена кадастровая карта стратификации регионов республики по эпидемиологической

значимости (рис. 1). Согласно последней, регионы были разделены на несколько категорий.



Регионы, где существует риск возникновения вспышек малярии: Хатлонская область и РРП (Центральная часть – Турсунзаде, ПГТ – Рудаки, Вахдат, г. Душанбе) – наиболее благоприятные для выезда малярийных комаров.

Заболеваемость малярией на данных территориях можно объяснить близостью афганских селений, неблагополучных по малярии (применительно к Хатлонской области), и обитанием здесь двух эпидемически эффективных

переносчиков малярии – *An. pulcherrimus*, *An. superpictus*.

Регионы, где ежегодно регистрируют местные случаи передачи: Согдийская область (Северо-восточная часть – Исфара), РРП (центральная часть – Шахринав, Гиссар, Нуробод) и ГБАО (Ванч, Дарвоз, Рушон). В пяти ландшафтно-маляриогенных зонах имеются все условия для распространения малярии. Для районов ГБАО характерны горно-речные ландшафтно-маляриогенные зоны. Основная масса заболеваний малярией регистрируется в Дарвазском, Ванчском и Рушанском районах, где очаги малярии расположены вдоль реки Пяндж, граничащей с афганскими селениями.

Регионы, где регистрируют спорадические случаи и существует высокий риск распространения малярии: Согдийская область (районы Аштский, Гончинский, Науский, Зафарабадский, Дж. Расулова, Б. Гафурова, Табошары), РРП (центральная часть – Варзоб, Файзобод, юго-восточная часть – Тавильдара).

Регионы, где в течение двух последних лет не регистрировали случаи местной передачи малярии: РРП (Восточная часть – Рашт, Таджикибад) Согдийская область (Пенджикент, Айни, Кайракум, Ходжент, Матча, Канибадам, Истаравшан, Шахристан).

Регионы, свободные от малярии: РРП (Восточная часть – Джиргиталь), ГБАО (Мургаб, Ишкашим, Рошткала, Шугнан).

Таким образом, в результате кадастрового картирования и стратификации регионов Тад-

жикистана были выделены территории, отличающиеся различным уровнем маляриогенного потенциала.

Интегрирование кадастрово-стратификационной информации с собранными статистико-динамическими данными позволило получить следующие развёрнутые результаты.

Число очагов малярии в 2010 году (341 очаг) снизилось в 2,4 раза, по сравнению с 2008 годом (833 очага). На территории Дарвазского и Ванчского районов ГБАО за последние 5 лет было зарегистрировано 20 активных очагов *P. vivax*. В Хатлонской области, наиболее поражённой малярией (рис. 2), большинство очагов зарегистрировано в районах, отнесенных нами к группе районов с высоким риском восстановления (с 2008 по 2012 г.г в данном регионе зарегистрировано 443 активных очага.). Такие районы, как Дангара и Яван, отнесённые нами по причине меньших площадей анофелогенных водоёмов и меньшего разнообразия и численности видов переносчиков к районам со средним потенциалом возобновления малярии, имеют достаточно значительное количество активных очагов, существующих на протяжении ряда лет (в Дангаре – 52 очага, Яване – 42 очага). Следует отметить, что в эпидемический процесс могут вовлекаться некоторые районы, отнесённые нами к регионам с низким потенциалом возобновления малярии, например, Бальджуванский, граничащий с тем же Дангаринским районом: за последние 5 лет в Бальджуванском районе было зарегистрировано 15 активных очагов.

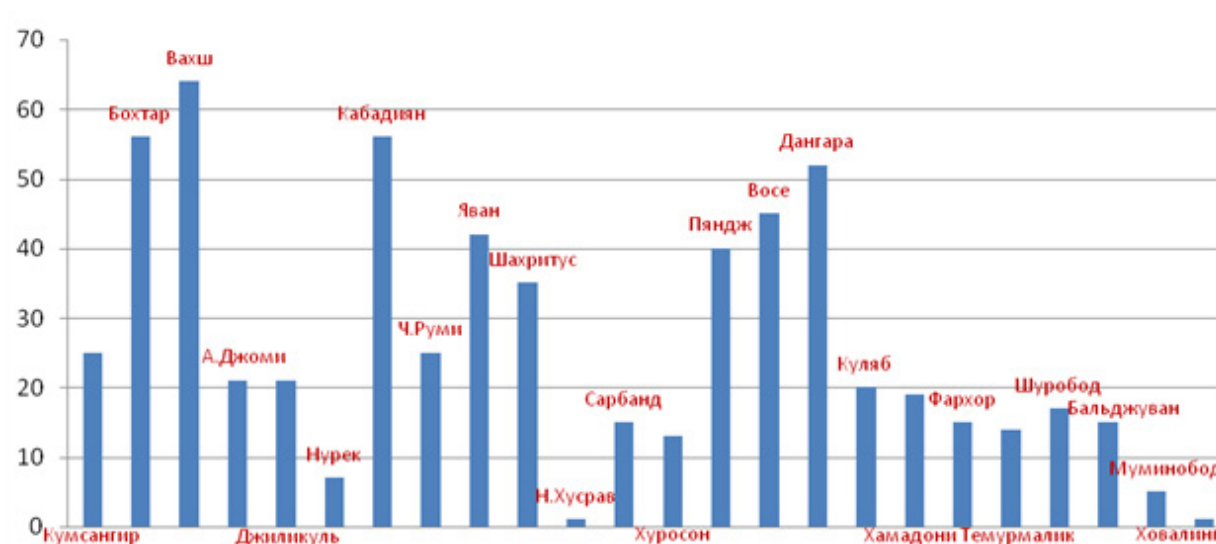


Рис. 2. Число активных очагов малярии в Хатлонской области Таджикистана (2008-2010 г.г.)

Активные очаги за данный период в Согдийской области показаны на рисунке 3. Приведенная гистограмма не столь показательна, как предыдущая, так как в Согдийской обла-

сти эпидемия малярии благодаря активным мероприятиям по борьбе с ней практически отсутствует. Тем не менее, из этой гистограммы видно, что большинство активных очагов

регистрируют в районах, отнесённых нами к первой группе. Несмотря на незначительное число очагов в Согдийской области, необходима высокая степень настороженности

в отношении возврата малярии, так как не исключена возможность завоза малярии из высокомаляриогенных территорий юга и запада Таджикистана.



Рис. 3. Число активных очагов малярии в районах Согдийской области РТ (2008-2012 гг.)

Анализ распределения больных малярией по очагам в возрастном аспекте за период с 2004 по 2010 годы (табл. 2) показал, что в эпидеми-

ческий процесс вовлекаются чаще всего группы 11-20 и 21-30 лет, т.е. поражается наиболее мобильная часть населения.

Таблица 2

Число случаев малярии среди различных возрастных групп населения в Республике Таджикистан (2004-2010 гг.)

	Всего	Число случаев малярии по возрастным группам								
		0-1 год	2-5 лет	6-10 лет	11-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-59 лет	60 и старше
2004	3588	42	350	499	939	673	470	323	152	140
2005	2309	28	203	380	517	433	380	214	114	40
2006	1344	16	133	164	328	264	194	129	63	53
2007	635	10	43	41	216	116	86	57	40	26
2008	112	0	5	15	30	37	13	7	2	3
2009	173	5	16	23	43	41	19	12	9	5
2010	112	0	5	15	30	37	13	7	2	3
Всего	8273	101	755	1137	2103	1601	1175	749	382	270

Анализ распределения больных по полу показал, что в большинстве случаев малярией болеют мужчины – от 46,4% до 53,6%, удельный вес заболевших среди женщин колеблется от 46,4 до 49% (рис. 4). Однако исключение

составили 2009 и 2010 годы, где превалировало число заболевших среди женского пола, что объясняется трудовой миграцией за пределы республики большей части мужского населения.

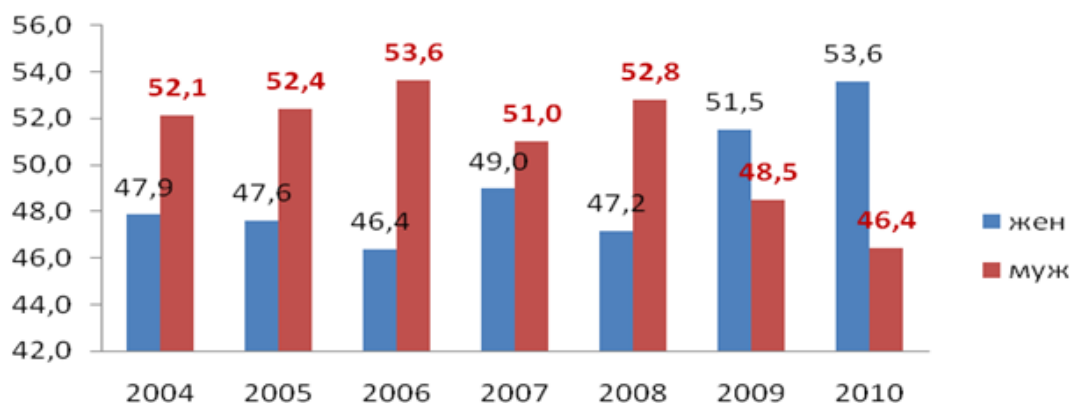


Рис. 4. Распределение больных малярией (в %) по полу (2004-2010 г.г.)

Необходимо отметить, что благодаря комплексным лечебно-профилактическим и противокомариным мероприятиям в целом по республике было оздоровлено 2534 очага малярии.

Заключение

Расширение возможностей современной географии за счёт применения компьютеризированных ГИС, навигаторов GPS, дистанционных методов позволило выполнить ландшафтно-кадастровое маляриологическое районирование территорий достаточно действенным информационным инструментом, обеспечивающим пространственную привязку определённых биоценозов, а также дополнительный мониторинг малярийных очагов.

Однако, для достижения оптимизированной, комплексной оценки различных воздействующих факторов и, соответственно, качественного ситуационного прогнозирования наиболее эффективным всё же представляется подход, обеспечивающий доступ к разноплановой и многоаспектной информации, который основан на формировании и активном использовании консолидированной статистико-динамической и кадастровой базы, включающей данные о распространённости переносчиков малярии, показателях заболеваемости среди населения, которая также учитывает особенности ландшафтно-кадастровых, климатических и антропогенных изменений территорий, включая особенности проводимой хозяйственной деятельности.

Использование предлагаемого подхода позволит прогнозировать и проводить противомалярийные мероприятия более дифференцированно, точно, эффективно и экономически оправдано.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.П. Малярия в Республике Таджикистан // Мед. паразитология и паразитарные болезни. 2000. № 2. С. 27-29.
2. Алиев С.П. Эпидемия малярии в Таджикистане, разработка научно-обоснованных мер борьбы и профилактики: автореф. дисс... канд. мед. наук. Душанбе, 2005. 22 с.
3. Всемирная организация здравоохранения. Ситуация с малярией в странах Центральной Азии, столкнувшейся с проблемой возврата малярии. Европейское региональное бюро. Копенгаген, Дания, 2001. С. 20.
4. Каримов С.С., Кадамов Д.С. Современная эпидемиологическая ситуация по малярии в Таджикистане // Известия АН Республики Таджикистан. 2005. №1-2 (152). С. 35-46.

REFERENCES

1. Aliev S. P. Malyariya v Respublike Tadjikistan [Malaria in the Republic of Tajikistan]. *Med. parazitologiya i parazitarnye bolezni – Med. parasitology and parasitic diseases*, 2000, No. 2, pp. 27-29.
2. Aliev S. P. *Epidemiya malyarii v Tadjikistane, razrabotka nauchno-obosnovannykh mer borby i profilaktiki*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Epidemy of malaria in Tajikistan, the development of evidence-based measures for control and prevention. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Dushanbe, 2005. 22 p.
3. *Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya. Situatsiya s malyariyey v stranakh Tsentranoy Azii, stolknivsheysya s problemoy vozvrata malyarii* [World Health Organization. The malaria situation in Central Asian countries, faced with the problem of the return of malaria]. Kopenhagen, Evropeyskoe regionalnoye byuro Publ., 2001. 20 p.
4. Karimov S. S., Kadamov D. S. *Sovremennaya epidemiologicheskaya situatsiya po malyarii v Tadjikistane* [Modern epidemiological situation of malaria in Tajikistan]. *Izvestiya Akademii Nauk Respubliki Tadjikistan - Proceedings of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan*, 2005, No. 1-2 (152), pp. 35-46.

Сведения об авторе:

Алиев Самардин Партоевич – директор Таджикского НИИ профилактической медицины МЗиСЗН РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Алиев Самардин Партоевич – г. Душанбе, Шевченко 61; факс: 2215306, тел.: +992907 707 397; e-mail: *asamardin@mail.ru*

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.2-008.8-07: 616.233

Ачева Г.А., Одинаев Ш.Ф., Одинаев Ф.И.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ЛЁГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Кафедра внутренних болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Acheva G.A., Odinaev Sh. F., Odinaev F. I.

FEATURES OF MICROFLORA IN LUNG OF PATIENTS WITH CHRONIC PNEUMONIA

The department of internal diseases №1 of the Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

Цель исследования. Оценить видовой состав микрофлоры мокроты и содержимого бронхов у больных хроническими пневмониями.

Материал и методы. Проведено параллельное исследование мокроты и содержимого бронхов, взятых у больных с хронической неспецифической пневмонией. Всего изучено 102 образца мокроты и такое же количество материала, полученного при бронхоскопии. Материал засеивали на 5% кровяной агар. Использовали среду Эндо для выделения энтеробактерий, среду Сабуро для обнаружения грибковой флоры.

При исследовании биологических свойств штаммов стафилококка, выделенных из мокроты, и штаммов, выделенных из содержимого бронхов, изучали их рост на питательных средах, морфологические особенности, способность коагулировать плазму, ферментировать маннит, вызывать гемолиз. В основу суждения о патогенности ставили реакцию плазмокоагуляции.

Результаты. Из мокроты чаще, чем из содержимого бронхов выделяются стафилококки от общего числа выделенных культур. Выделенные штаммы стафилококка из мокроты и содержимого бронхов можно отнести к патогенным, как и выделенные из мокроты и бронхов штаммы стрептококка. Кроме кокковой флоры, в биосубстратах больных обнаруживали грамотрицательную флору (кишечную палочку, протей, синегнойную палочку и др.).

Микроорганизмы с биосубстратов больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких наблюдались как в монокультуре, так и в ассоциациях. Во всех ассоциациях характерно присутствие грамположительной кокковой флоры, с преобладанием ассоциации стафилококка и стрептококка.

Заключение. При бактериологических исследованиях мокроты и содержимого бронхов у больных с хроническими заболеваниями лёгких выделена полимикробная флора с преобладанием грамположительных кокковых видов (стафилококков и стрептококков).

Ключевые слова: пневмония, микрофлора, видовой состав, чувствительность к антибиотикам

Aim. To evaluate the composition type of phlegm and bronchial content microscopic flora of patients with chronic pneumonia.

Materials and methods. The parallel study of phlegm and bronchial content obtained from patients with chronic non-specific pneumonia was conducted. Totally, 102 phlegm samples and the same amount of material obtained during bronchoscopy were examined.

The material was seeded on 5% blood agar. The Endo medium was used for isolation of Enterobacteriaceae, and the Saburo medium was used for detection of fungal flora.

During the study of biological properties of Staphylococcus strain isolated from phlegm and strains isolated from the contents of bronchi, their growth in nutrient media, morphological characteristics, and abilities to coagulate plasma, to ferment mannitol, to cause hemolysis were studied. The basis for judgment of pathogenicity, the reaction of plasma-coagulation was set.

Results. Out of total number of selected strains, Staphylococcus is extracted from the phlegm more often compare to bronchial content. The isolated strains of Staphylococcus from the phlegm and contents of the bronchi can be attributed to pathogenic as isolated Streptococcus strains from phlegm and bronchi. In addition to the coccal flora in biological substrates of patients, the Gram-negative flora (*E. coli*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*) was detected.

Microorganisms in biological substrates of patients with purulent-inflammatory diseases of lungs were observed in monoculture and in associations. All associations are characterized by the presence of Gram-positive coccal flora, with predominance of the association of Staphylococcus and Streptococcus.

Conclusion. Bacteriological studies of phlegm and bronchial contents of patients with chronic lung diseases showed presence of polymicrobial flora with predominance of Gram-positive coccal species (Staphylococcus and Streptococcus).

Key words: *pneumonia, microflora, species composition, sensitivity to antibiotics*

Актуальность

Проблема пневмоний в настоящее время привлекает внимание специалистов в связи с широким распространением и повышением удельного веса бронхолегочных заболеваний среди населения на всем земном шаре [1, 2]. Особую актуальность она приобретает для нашей республики. Несмотря на благоприятные климатические условия, бронхолегочные заболевания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости как взрослого, так и детского населения страны.

Кроме того, широкое применение антибиотиков привело в последние годы не только к селекции множественно устойчивых штаммов, но и к видоизменению микрофлоры и этиологической структуры гнойно-воспалительных заболеваний легких [5-7].

В связи с этим возросло значение микробиологических исследований, направленных на обнаружение видовой принадлежности возбудителя и определение чувствительности его к конкретным антибактериальным препаратам. Эти сведения имеют большое значение не только в научном, но и в практическом плане для выбора объективных и рациональных схем лечения для отдельно взятого больного.

Анализ литературы по проблеме этиологии гнойно-воспалительных заболеваний легких показывает, что о микрофлоре воспалительного очага легкого авторы судили в основном по характеру микрофлоры мокроты и слизи полученной при бронхоскопии [1, 3-4].

Описано более 40 видов микробов, выделенных из мокроты и бронхов больных пневмонией. Важнейшие из них следующие: стафилококки, стрептококки, пневмококки, нейссерии, клебсиелла, кишечная палочка, протей и др. [1-5, 8, 9]. Особенностью неспецифических заболеваний легких является наличие в мокроте и содержимом бронхов больных нескольких видов микроорганизмов, а также непостоянство микробной флоры.

Материал и методы исследования

Проведено параллельное исследование мокроты и содержимого бронхов, взятых у больных с хронической неспецифической пневмонией. Всего изучено 102 образца мокроты и такое же количество материала, полученного при бронхоскопии.

Материал засеивали на 5% кровяной агар. Использовали среду Эндо для выделения энтеробактерий, среду Сабуру для обнаружения грибковой флоры. В дальнейшем выделенные культуры идентифицировали, изучая их биохимические и культуральные свойства [5, 8, 9].

Результаты и их обсуждение

В таблице 1 представлены данные о высеваемости из мокроты из содержимого бронхов различных микроорганизмов при обычном культивировании в аэробных условиях. При посевах мокроты было выделено 224 культуры микроорганизмов, а при посевах такого же количества содержимого из бронхов – 107 штаммов. Из мокроты чаще, чем из содержимого бронхов, выделяются стафилококки (41,1% из мокроты и 32,7% из содержимого бронхов) от общего числа выделенных культур.

При исследовании биологических свойств 92-х штаммов стафилококка, выделенных из мокроты, и 35 штаммов, выделенных из содержимого бронхов, мы изучали их рост на питательных средах, морфологические особенности, способность коагулировать плазму, ферментировать маннит, вызывать гемолиз. В основу суждения о патогенности мы ставили реакцию плазмокоагуляции, как наиболее стабильную.

На основании наших исследований выделенные штаммы стафилококка из мокроты и содержимого бронхов (43,4% и 32,4% соответственно) можно отнести к патогенным, как и выделенные из мокроты и бронхов штаммы стрептококка (26,3% и 25,2% соответственно), в том числе 9 штаммов пневмококка из мокроты, 3 штамма при бронхоскопии.

Таблица 1

Микрофлора мокроты и содержимого бронхов, полученная при культивировании в аэробных условиях (в %)

Микроорганизмы	Содержимое бронхов		Мокрота	
	кол-во культур (abs)	в % от общего числа культур	кол-во культур (abs)	в % от общего числа культур
Стафилококки (в т.ч. патогенный стафилококк)	35	32,7	92	41,1
	11	31,4	40	43,4
Стрептококки (в т.ч. пневмококки)	27	25,2	59	26,3
	3	2,8	9	8,3
Сарцины	2	1,9	4	1,8
Нейссерии	10	9,3	12	5,4
Клебсиелла	1	0,9	4	1,8
Кишечная палочка	3	2,8	7	3,1
Протей вульгарис	0	0	1	0,4
Синегнойная палочка	2	1,9	5	2,2
Коринебактерии	21	19,6	20	8,9
Дрожжевые грибы	6	5,6	20	8,9
Всего	102		102	
Выделено культур	107		224	
Посевы стерильны	18		0	

Кроме кокковой флоры, в биосубстратах больных обнаруживали грамотрицательную флору (кишечную палочку, протей, синегнойную палочку и др.). Среди энтеробактерий преобладает кишечная палочка: 7 штаммов из мокроты (3,1%) и 3 штамма из содержимого бронхов (2,8%), клебсиелла 4 (1,8%) и 1 (0,9%) штамм, синегнойная палочка 5 (2,7%) и 2 (1,9%) штамма соответственно. В одном случае из мокроты выделен вульгарный протей.

Особенно большая разница отмечена в количестве выделенных культур из мокроты и материала, аспирированного из бронхов, в отношении к дрожжеподобным грибам рода кандиды. Из мокроты они высевались в 3 раза чаще, чем из аспиратов бронхов у пульмонологических больных (20 культур – 8,9% и 6 из материала бронхов – 5,6%).

Наибольший процент обнаружения представлен коринебактериями, выделенными из содержимого бронхов 19,6%, в то время как процент обнаруже-

ния их из мокроты оказался равным 8,9. Посевы из бронхов были стерильны в 18 случаях, а при посеве мокроты наблюдалась 100% высеваемость микроорганизмов. Микроорганизмы в биосубстратах больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких наблюдались как в монокультуре, так и в ассоциациях. Однородная микрофлора мокроты содержимого бронхов составила 22% и 34% соответственно. Микроорганизмы обнаруживались в ассоциациях чаще из мокроты, чем из содержимого бронхов. Во всех ассоциациях характерно присутствие грамположительной кокковой флоры, с преобладанием ассоциации стафилококка и стрептококка. Чувствительность выделенных микроорганизмов была изучена к 22 антибиотикам (табл. 2). Можно отметить, что кокковая флора наиболее чувствительна к фузидину (99,2%), цефтриаксону (91,3%), ципрофлоксацину (87,5%), цефлосацину (84,6%), офлоксацину (88,0%), тобрамицину (80,9%), линкомицину (75,9%), цефазолину (74,7%).

Таблица 2

Антибиограмма выделенных микроорганизмов

Наименование антибиотиков	Микроорганизмы					
	Кокковая флора		Энтеробактерии		Коринебактерии	
	кол-во случаев	%	кол-во случаев	%	кол-во случаев	%
1. Ципрофлоксацин	211	87,5	22	95,6	38	92,6
2. Цефлосацин	204	84,6	21	91,3	39	95,1

3. Цефазолин	180	74,7	17	73,9	31	75,6
4. Цефтриаксон	220	91,3	23	100,0	37	90,2
5. Офлоксацин	212	88,0	22	95,6	39	95,1
6. Тобрамицин	195	80,9	18	78,2	35	85,3
7. Фузидин	239	99,2	0	0	40	97,5
8. Эритромицин	157	65,1	0	0	38	92,7
9. Сумамед	160	66,4	2	8,7	31	75,6
10. Рулид	145	60,2	1	4,3	24	58,5
11. Оксациллин	170	70,5	0	0	28	68,3
12. Линкомицин	183	75,9	0	0	30	73,1
13. Доксициклин	162	67,2	0	0	34	82,9
14. Карбеницилин	141	58,5	0	0	27	65,8
15. Тетрациклин	113	46,9	19	82,6	21	51,2
16. Канамицин	57	23,6	14	60,8	7	17,0
17. Левомецетин	136	56,4	17	73,8	21	51,2
18. Гентамицин	172	71,3	18	78,2	30	73,1
19. Полимиксин	0	0	2'	8,7	0	0
20. Стрептомицин	179	74,2	16	69,5	28	68,3
21. Невиграмон	0	0	15	65,2	0	0
22. Фурадонин	145	60,2	10	43,4	25	60,9
Всего выделено штаммов:	241		23		41	

Чувствительность грамотрицательной флоры (энтеробактерии) определена к цефтриаксону (100%), ципрофлоксацину (95,6%), цефлосацину (91,3%), тетрациклину (82,6%), тобрамицину (78,2%).

Коринебактерии были чувствительны: к фузидину (97,5%), цефлосацину (95,1%), офлоксацину (95,1%), цефтриаксону (90,2%), ципрофлоксацину (92,6%), доксициклину (82,9%)..

Заключение

Полученные данные позволяют сделать вывод, что при бактериологических исследованиях мокроты и содержимого бронхов у больных с хроническими заболеваниями лёгких выделена полимикробная флора с преобладанием грамположительных кокковых видов (стафилококков и стрептококков). Изучение свойств стафилококков и стрептококков, выделенных из мокроты и содержимого бронхов показало, что в мокроте гораздо чаще обнаруживаются штаммы, обладающие признаками патогенности, чем это наблюдается среди кокковой флоры, полученной из аспиратов бронхов. Микрофлора мокроты более обильна, по сравнению с содержимым бронхов, у пульмонологических больных за счет большого количества грамотрицательной палочковой флоры. Дрожжевые грибы и кандиды выделялись из мокроты в 3 раза чаще, чем из бронхов. Бактериологический контроль за характером и

лекарственной чувствительностью выделенных микроорганизмов дает возможность выявить те антибиотики, к которым они чувствительны, и таким образом осуществить более адекватную и эффективную антибактериальную терапию.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Акатов А.К. Стафилококки. М.: Медицина, 1983. С. 12-19.
2. Берги Дж. Краткий определитель бактерий. М.: Медицина, 1980. С. 23-34.
3. Вишнякова Л. А., Фаустова М.Е., Сологуб Т.С. и др. Микробиологические и иммунологические методы диагностики инфекционного процесса при неспецифических заболеваниях легких. Методические рекомендации. М., 1990. С. 8-17.
4. Кенджаева И.А. Видовой состав и биологические особенности госпитальных штаммов возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний: автореф. канд. мед. наук. Душанбе, 2000. С. 13-15.
5. Манди Л., Лекье П. Эпидемиологические и инфекционные болезни. М.: Medicine V.4. 2003. С. 48-52.
6. Пушкарь Н.В., Мамонова Н.С. Распространение устойчивых к антибиотикам стафилококков у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями // Здравоохранение Таджикистана. 1988. № 2. С. 83.

7. Саперов В.П. Хронические пневмонии. Чебоксары, 1996. С. 55-62.
8. Сыромятникова Н.В., Гончарова В.А. Пульмонология М.: Медицина, 1993. С. 30-36.
9. Тенденции смертности от болезней органов дыхания в Центрально-Азиатских республиках // Информационный бюллетень. 2000. № 5. С. 22.

REFERENCES

1. Akatov A. K. *Stafilokokki* [Staphylococci]. Moscow, Meditsina Publ., 1983. 12-19 p.
2. Bergi Dzh. *Kratkiy opredelitel bakteriy* [Summary determinant of bacteria]. Moscow, Meditsina Publ., 1980. 23-34 p.
3. Vishnyakova L. A., Faustova M. E., Sologub T. S., *Mikrobiologicheskie i immunologicheskie metody diagnostiki infektionnogo protsessa pri nespetsificheskikh zabolevaniyakh legkikh. Metodicheskie rekomendatsii* [Microbiological and immunological methods for diagnosis of infectious process during nonspecific lung diseases. Methodical recommendations]. Moscow, 1990. 8-17 p.
4. Kendzhaeva I. A. *Vidovoy sostav i biologicheskie osobennosti gospitalnykh shtammov vozбудiteley gnoyno-vo-spalitelnykh zabolevaniy*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Species composition and biological features of hospital strains of chronic inflammatory diseases. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Dushanbe, 2000. 13-15 p.
5. Mandi L., Leke P. *Epidemiologicheskie i infektionnye bolezni* [Epidemiological and infectious diseases]. Moscow, Medicine Publ., Vol. 4, 2003. 48-52 p.

6. Pushkar N. V., Mamonova N. S. Rasprostranenie ustoychivyykh k antibiotikam stafilokokkov u bolnykh s gnoyno-vo-spalitelnyimi zabolevaniyami [Distribution of antibiotic resistant of staphylococci in patients with purulent-inflammatory diseases]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Public Health of Tajikistan*, 1988, No. 2, pp. 83.

7. Saperov V. P. Khronicheskie pnevmonii [Chronic pneumonia]. Cheboksary, 1996. 55-62 p.
8. Syromyatnikova N. V., Goncharova V. A. *Pulmonologiya* [Pulmonology]. Moscow, Meditsina Publ., 1993. 30-36 p.
9. Tendentsii smertnosti ot bolezney organov dykhaniya v Tsentralno-Aziatskikh respublikakh [Trends in mortality from respiratory disease in the Central Asian republics]. *Informatsionnyy byulleten – News bulletin*, 2000, No. 5, pp. 22.

Сведения об авторе:

Ачева Галина Александровна – заочный аспирант кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Одинаев Фарход Исмагуллаевич – профессор кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Одинаев Шухрат Фарходович – зав. кафедрой внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., доцент

Контактная информация:

Ачева Галина Александровна – тел.: +992907711767

© Коллектив авторов, 2016

УДК: 616-089-059

Гульмурадов Т.Г., Амонов Ш.Ш., Сангов Д.С.

МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗиСЗН РТ

Gulmuradov T.G., Amonov Sh.Sh., Sangov D.S.

MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Department of cardiovascular, Endovascular and Plastic Surgery of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"
Republican scientific center of cardio-vascular surgery of Ministry of Health and Social Protection of Population of Republic of Tajikistan

Цель исследования. Оценка эффективности минимально-инвазивного хирургического лечения эхинококкоза печени.

Материал и методы. Анализированы результаты диагностики и хирургического лечения 163 пациентов с эхинококкозом печени. У 105 (64,4%) пациентов эхинококковые кисты локализовались в правой доле печени (18 - V; 24 - VI; 31 - VII; 28 - VIII), у 58 (35,6%) – в левой доле 2 - I; 14 - II; 19 - III; 23 - IV сегментах. Большинство больных составляли женщины – 108 (66,2%), мужчин было 55 (33,7%). В зависимости от размеров и объема кисты различали средние до 10 см – у 80, большие до 20 см – у 46 и гигантские более 20 см – у 23 пациентов. Средний размер эхинококковых кист составил $102,77 \pm 3,7$ мм (46 – 280 мм). Из 163 больных 86 (52,8%) пациентам произведена лапароскопическая эхинококкэктомия, когда эхинококковые кисты локализовались в визуально доступных сегментах печени (II, III, IV, V, VI). 77 (47,2%) больным с локализацией кист в I-VIII сегментах операции выполнены из минилапаротомного доступа с применением стандартного набора инструментов “Мини-Ассистент”.

Результаты. Длительность стационарного лечения больных при лапароскопической эхинококкэктомии была от 5 до 8 суток (в среднем $6,1 \pm 0,7$ дней), при минилапаротомной эхинококкэктомии – 7-14 дней (в среднем $10 \pm 0,8$ дней). Из 163 больных, оперированных с применением минимально-инвазивной технологии (лапароскопическим способом и мини-доступом), осложнения наблюдались у 23 (14,1%). Умеренное желчеистечение до 150 мл в первые сутки имело место у 9 больных, которое самостоятельно прекратилось, нагноение остаточной полости – у 3 (3,1%), подпеченочный абсцесс – у 2, которым потребовалась санация и дренирование инфицированных остаточных полостей и подпеченочного абсцесса. У больных с минилапаротомной эхинококкэктомией случаев нагноения остаточной полости и послеоперационной раны не было.

Заключение. Применение минимально-инвазивной технологии при условии соблюдения строгого отбора пациентов, принципов антипаразитарной обработки и хирургической техники позволяет улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза печени.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, минимально-инвазивная хирургия, эхинококкэктомия

Aim. Evaluation of the efficacy of minimally - invasive surgical treatment of liver echinococcosis.

Materials and methods. The results of diagnostics and surgical treatment of 163 patients with liver echinococcosis were analyzed. In 105 (64,4%) patients, the echinococcosis cysts were localized in the right lobe of the liver (segments 18 - 24 V-VI; 31 - VII; 28 - VIII) and in 58 (35,6%) in the left lobe segments 2 - I; 14 - II; 19 - III; 23 - IV. Most of the patients were women which made 108 (66,2%) of the patients and men made 55 (33,7%) of the patients. Depending on the size and volume of the cyst, they were distinguished by average up to 10 cm in 80 patients, big up to 20 cm in 46 patients and gigantic of more than 20 cm in 23 patients. The average size of echinococcosis cysts made up $102,43 \pm 3,7$ mm (46-280 mm). Out of 163 patients 86 (52,8%) patients went through laparoscopic echinococcectomy when echinococcosis cysts were localized in visually achievable liver segments (II, III, IV, V, VI). 77 (47,2%) of patients with I-VIII segment localization cysts went through surgery with minilaparotomic access using a standard set of tools “mini-Assistant”.

Results. The duration of hospital treatment of patients with laparoscopic echinococcectomy was 5 to 8 days, which averaged $6,1 \pm 0,7$ days, while with minilaparotomic echinococcectomy average hospital stay of patient was 7-14 days, which averaged to $10 \pm 0,8$ days. Out of 163 patients operated using minimally invasive technology (using laparoscopic method and mini-access), complications were observed in 23 (14,1%) patients. Thus, among all of the patients, 9 had moderate bile bleeding which stopped by itself. Festering of remaining cavity was in 3 (3,1%) of patients, under-liver abscess was in 2 patients which needed sanitation and drainage of infected remaining cavities and under-liver abscess. Patients with minilaparotomy echinococcectomy didn't have cases of remaining cavity festering and post-surgery wounds.

Conclusion. Application of minimally invasive technology, while respecting strict patient selection principles, antiparasitological treatment and surgical technique allows improvement of the results of surgical treatment of liver echinococcosis.

Key words: liver echinococcosis, minimally-invasive surgery, echinococcectomy

Актуальность

Эхинококкоз является распространенным паразитарным заболеванием печени. Широкое внедрение в клиническую практику современных методов лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) позволило существенно улучшить диагностику эхинококкоза печени [1, 2]. Основным и наиболее эффективным способом лечения эхинококкоза печени является эхинококкэктомия. Анатомическая резекция печени и перицистэктомия считаются наиболее радикальными вариантами хирургического лечения эхинококкоза. Однако, их применение сопровождается увеличением ри-

ска серьезных осложнений и летальных исходов [3]. Кроме того, анатомические резекции печени при эхинококкозе, как правило, сопровождаются удалением значительной части неизменной печеночной паренхимы. Несмотря на совершенствование хирургической техники и антипаразитарной терапии, сохраняется высокая частота послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания [4].

Традиционные широкие разрезы (лапаротомия, торакофренотомия) предоставляют оптимальные условия для эхинококкэктомии при большинстве вариантов локализации патологи-

ческого процесса [3], однако, их использование сопровождается существенной операционной травмой, значительной частотой общих и раневых осложнений, а также неудовлетворительными косметическими исходами.

В последние годы появились публикации, свидетельствующие о возрастающем интересе хирургов к внедрению видеолапароскопической и минимально-инвазивной технологий в практику лечения эхинококкоза печени [3, 5, 6]. Однако, до настоящего времени нет единого мнения о показаниях и противопоказаниях к минимально-инвазивной эхинококкэктомии из печени, ведутся поиски по усовершенствованию хирургической техники, проводится сравнительное изучение результатов различных способов хирургического лечения.

Внедрение видеоэндохирургической и миниинвазивной технологий обусловили широкое развитие оперативной хирургии [7, 8]. Хотя достигнуты определенные успехи в лечении эхинококкоза печени, до настоящего времени остаются недостаточно изученными различные аспекты применения видеолапароскопической и минимально инвазивной технологии.

Материал и методы исследования

Работа основана на результатах диагностики и хирургического лечения 163 пациентов с эхинококкозом печени, находившихся в отделениях эндоскопической хирургии РНЦССХ и

Хатлонской областной клинической больницы имени Б.В. Вахидова по поводу эхинококкоза печени. В целях диагностики эхинококкоза печени всем больным, кроме общеклинического обследования, проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) аппаратами «Акусон» (США) и «Алока-SSD-500» (Япония), рентгеноскопия органов грудной клетки на аппарате «DUO Diagnost Philips» (Германия). С целью выявления сопутствующих заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта выполнялась фиброгастродуоденоскопия с помощью фиброгастроскопа фирмы «Olympus» (Япония). Всего в 17 случаях (10,4%) при наличии сомнительной УЗИ симптоматики применяли компьютерную томографию на аппарате «Siemens» (Германия).

У 105 (64,4%) пациентов эхинококковые кисты локализовались в правой доле печени (18 - V; 24 - VI; 31 - VII; 28 - VIII); у 58 (35,6%) – в левой доле (2 - I; 14 - II; 19 - III; 23 - IV сегментах). Большинство больных составляли женщины 108 (66,3%) пациентов, мужчин было 55 (33,7%).

В зависимости от размеров и объема кисты различали средние – до 10 см – у 80, большие – до 20 см – у 46 и гигантские – более 20 см – у 23 пациентов. Средний размер эхинококковых кист составил 102,77±3,7мм (46-280 мм).

В таблице 1 приведены доступы к сегментам печени для эхинококкэктомии.

Таблица 1

Доступы к сегментам печени, n=163

Доступ	Sg I	Sg II	Sg III	Sg IV	Sg V	Sg VI	Sg VII	Sg VIII	Всего, n=163
<i>Лапароскопический</i>	–	12	19	22	18	15	–	–	86 (52,8%)
<i>Мини-доступ:</i>	77 (47,2%)								
<i>верхнесрединная минилапаратомия</i>	–	5	3	3	–	–	–	–	11 (14,3%)
<i>подрёберная справа или трансректальная минилапаратомия</i>	2	–	–	6	9	3	–	–	20 (26%)
<i>миниторакотомия справа</i>	–	–	–	–	–	8	21	17	46 (59,7%)

Из 163 больных 86 (52,8%) пациентам произведена лапароскопическая эхинококкэктомия, когда эхинококковые кисты локализовались в визуально доступных сегментах печени (II, III, IV, V, VI).

77 (47,2%) больным с локализацией кист в I-VIII сегментах операции выполнены из минилапаротомного доступа с применением стандартного набора инструментов “Мини-Ассистент”.

Показанием к применению лапароскопической эхинококкэктомии были: размер до 10 см, наличие неосложненных эхинококковых кист печени в зонах хорошего обзора, незалегающих вглубь паренхимы, отсутствие признаков нагноения и прорыва в желчные ходы, а также противопоказаний к применению карбоксиперитонеума.

Лапароскопические операции выполнялись под общим эндотрахеальным наркозом

с применением видеоэндоскопического комплекса и инструментов фирм «Richard Wolf» и «Karl Shtors» (Германия) путем создания карбоксиперитонеума в пределах 8-12 мм рт.ст.

Среди обследованных больных при диагностической лапароскопии в 6 случаях была обнаружена внутripеченочная локализация кист, у 2 – обширный спаечный процесс в поддиафрагмальном пространстве и в 2 случаях визуализировать эхинококковые кисты не удалось. Вышеуказанным 10 пациентам операция была завершена из минилапаротомных доступов с помощью набора инструментов «Мини-Ассистент».

Лапароскопическая эхинококкэктомия выполнялась в основном с использованием стандартных 4 троакаров, лишь в 6 (6,9%) случаях возникла необходимость в пятом троакаре. Первый троакар накладывали над

верхней параумбиликальной точкой, а рабочие троакары при правосторонней локализации эхинококковых кист накладывали, как при холецистэктомии, а при левосторонней локализации кисты в правом и левом подреберьях – по среднеключичной линии, в эпигастральной точке ниже мечевидного отростка.

После завершения диагностической лапароскопии выполняли пункцию эхинококковой кисты толстой иглой с максимальной аспирацией содержимого во избежание стекания жидкости, рядом пункционной иглой устанавливали второй отсос. Не вынимая иглу, в полость кисты вводили 96% раствор этилового спирта на половину её объема. После 5-минутной экспозиции процедуру повторяли с введением 3% спиртового раствора йода. Вскрывая фиброзную капсулу, хитиновую оболочку удаляли в контейнере (рис 1-2).

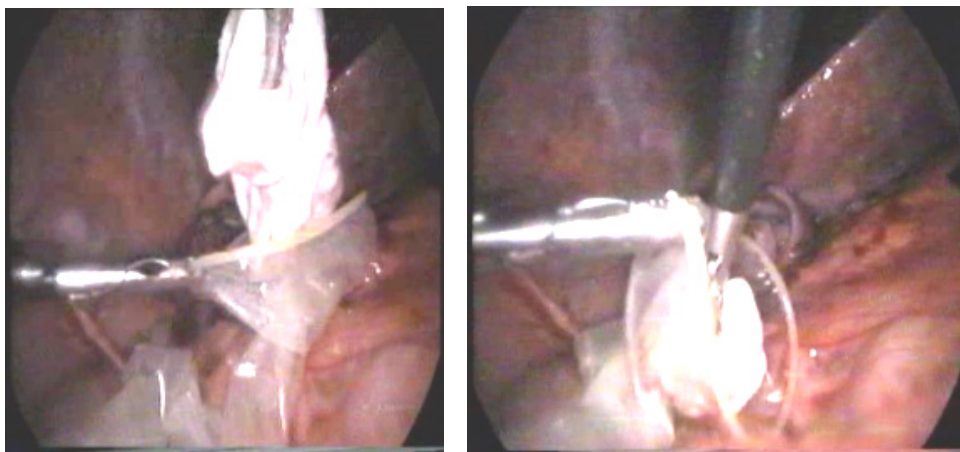


Рис. 1-2. Удаление хитиновой оболочки в контейнере

Обработав остаточную полость спиртом, производили ее ревизию. При этом обнаруженные желчные свищи у 6 больных ушивали интракорпоральным швом (рис. 3), у 4 производили

диатермокоагуляцию. Свободные края фиброзной капсулы иссекали путем диатермокоагуляции, внутреннюю поверхность остаточной полости коагулировали.

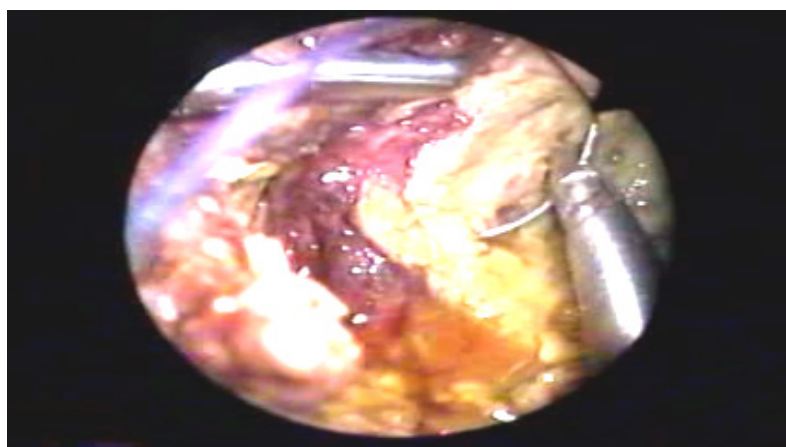


Рис. 3. Наложение интракорпорального шва при желчных свищах

С целью профилактики послеоперационных гнойных осложнений и обсеменения сколексов за пределы фиброзной капсулы 20 больным производили ультразвуковую обработку остаточной полости эхинококковой кисты специальным инструментом-волноводом, введенным через третий троакар, соединенный с акустическим генератором аппарата УЗНЧ «Алвеола» (Россия).

В 29 случаях остаточную полость тампонируют пряжью большого сальника на ножке, фиксируя 2-3 швами к краям фиброзной капсулы. Зону вмешательства, а также остаточную полость промывали раствором декасан. Во всех случаях устанавливали дренажные трубки в остаточной полости, которые удаляли на 3-4 сутки после операции. Продолжительность операции в среднем составила $78,4 \pm 3,6$ мин.

Минилапаратомную эхинококкэктомия с использованием набора инструментов «Мини-Ассистент» из мини-доступа выполнили у 77 (47,2%) пациентов. Все они были оперированы из стандартных минидоступов: верхнесрединная минилапаратомия у 11 больных, трансректаль-

ная или подреберная минилапаратомия – у 20, и миниторакотомия – у 46 пациентов. Показаниями к применению данной методики было наличие одиночных эхинококковых кист независимо от их размеров, локализации и наличия осложнений.

Мини-доступ длиной 5-6 см проводили в зависимости от локализации эхинококковых кист: верхнесрединную минилапаратомию (II, III, IV сегменты), трансректальную или подреберную минилапаратомию (I, V, VI) и миниторакотомию справа в 8 или 9 межреберьях по передней, средней или задней подмышечной линиям (VI, VII, VIII). При всех вмешательствах из мини-доступов использовали ранорасширитель Мини-Ассистент. Особенностью этих инструментов является изгиб по оси в рабочей части, который позволяет вывести кисту хирурга из зоны манипулирования и обеспечить свободный обзор операционного поля.

Проекция операционного доступа уточняли перед операцией с помощью ультразвукового исследования (рис.4-5).



Рис. 4-5. УЗИ: киста в VI сегменте печени. Подрёберная мини-лапаротомия длиной 6 см.

После минилапаротомии ограничение операционной раны и паразитарной кисты осуществляли стерильными салфетками. Далее пункцию и аспирацию содержимого кисты производили с помощью разработанного нами инструмента – **канюли**, присоединенной к электроотсосу (рис. 6).



Рис. 6. Инструмент для эхинококкэктомии: канюля-аспиратор

При этом случаев подтекания паразитарной жидкости во время пункции и аспирации не было. Эвакуация эхинококковой жидкости с помощью канюли для аспирации, даже в случаях, когда имелась густая масса (нагноение или гибель кисты), выполнялась без технических сложностей.

Фиброзную капсулу кисты брали на держалки, вскрывали просвет электрокоагуляцией (рис. 7).

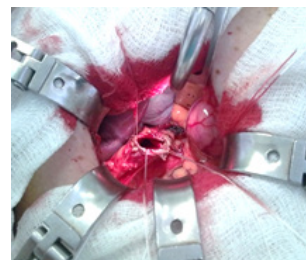


Рис.7. Установлен ранорасширитель «Мини-Ассистент». Стенки кисты взяты на держалки

Хитиновую оболочку, дочерние кисти удаляли с помощью разработанного нами инструмента - **пинцета-ложки** (рис. 8).



Рис. 8. Инструмент для эхинококкэктомии – пинцет-ложка

Фиброзную капсулу стенки кисты в пределах здоровой ткани печени иссекали с помощью моно- или биполярной коагуляции для гистологического исследования. После обработки выполняли повторную ревизию полости кисты для выявления фрагментов хитиновой оболочки, дочерних кист в карманах и желчных свищей.

Установка ретракторов Мини-Ассистента в остаточную полость кисты способствовала выявлению желчных свищей, которые у 16 больных были герметично ушиты атравматическими рассасывающимися нитями 4.0-5.0. Остаточную полость в зависимости от объема кисты дренировали одним или двумя силиконовыми трубками с низковакуумной аспирацией.

У 4 пациентов с расположением кист по нижней поверхности печени выполнили оментопексию: в остаточную полость провели прядь большого сальника.

У 15 пациентов произведен капитонаж с инвагинацией в остаточную полость печени краев и свободных участков фиброзной капсулы вворачивающими швами снаружи внутрь. Этот метод применяли при больших эхинококковых кистах с мягкими податливыми стенками фиброзной капсулы, при расположении кист в области ворот печени и проекции крупных сосудисто-желчных протоков, когда шовная облитерация остаточной полости изнутри сопряжено с опасностью их ранения. При этом средняя продолжительность оперативных вмешательств из мини-доступов составляло – 87,5±3,7 минут.

Результаты и их обсуждение

Длительность стационарного лечения больных после лапароскопической эхинококкэктомии была от 5 до 8 суток, что в среднем составило 6,1±0,7 дней, а при минилапаротомной эхинококкэктомии среднее пребывание больного стационаре составило 7-14 дней, в среднем 10±0,8 дней. Из 163 больных, оперированных с применением минимально-инвазивной технологии (лапароскопическим способом и мини-доступом), осложнения наблюдались у 23 (14,1%) пациентов.

Таблица 2

Послеоперационные осложнения n=23

Послеоперационные осложнения	Лапароскопия n=86	%	Мини-доступ n=77	%
Желчеистечение из остаточной полости	4	4,7	5	6,5
Нагноение раны	2	2,3	1	1,3
Нагноение остаточной полости	2	2,3	-	-
Подпеченочный абсцесс	2	2,3	-	-
Реактивный плеврит	1	1,2	6	7,8
Всего	11	12,8	12	15,6

При этом среди всех больных умеренное желчеистечение до 150 мл в первые сутки имело место у 9 больных, которое самостоятельно прекратилось. Нагноение остаточной полости отмечено у 3 (3,1%) больных, подпеченочный абсцесс – у 2 пациентов, которым потребовалась санация и дренирование инфицированных остаточных полостей и подпеченочного абсцесса. У больных после выполнения минилапаротомной эхинококкэктомии случаев нагноения остаточной полости и послеоперационной раны не было.

Отдаленные результаты лапароскопической и минилапаротомной эхинококкэктомий нами изучены у 138 пациентов в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Случаев рецидива эхинококкоза не было. У 13 больных в сроки до 6-8 месяцев при УЗИ было выявлено наличие небольшой остаточной полости. Больные жалоб не предъявляли.

Как показали наши наблюдения, благодаря применению минимально-инвазивной технологии, устранению желчных свищей, ультразвуковой кавитации и оментопластики остаточной полости эхинококковых кист, уменьшается частота

послеоперационных осложнений, сокращаются сроки стационарного лечения, снижаются затраты на лечение.

Таким образом, применение минимально-инвазивной технологии, при условиях соблюдения строгого отбора пациентов, принципов антипаразитарной обработки и хирургической техники позволяет улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза печени.

Выводы

1. Эхинококкэктомия с применением видеолапароскопии и мини-доступа является малотравматичным, высокоэффективным и малозатратным методом лечения больных эхинококкозом печени.

2. Основными условиями для применения видеоэндохирургической технологии является наличие одиночных, неосложненных эхинококковых кист диаметром до 10 см, расположенных в зонах хорошего визуального обзора, и достаточный опыт хирурга.

3. Противопоказанием для эхинококкэктомии из мини-доступа с набором инструментов «Мини-Ассистент» являются множественные эхинококковые кисты, расположенные далеко друг от друга, и необходимость выполнения симультанной операции в других органах.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 7-8 см. в REFERENCES)

1. Гульмуратов Т.Г., Паллаев М.Г., Саидов Р.Х. Новое в диагностике и хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени // Известия Академии наук Республики Таджикистан. 2006. № 2 (155). С.85-91.

2. Иванов С.А., Котив Б.Н. Ультразвуковое исследование в хирургии эхинококкоза печени // Вестник хирургии. 2001. Т. 160, № 3. С.73-76.

3. Дадвани С.А., Стреляева А.В., Гостищев В.К. Малоинвазивные оперативные вмешательства и химиотерапия при эхинококкозе // Анналы хирургической гепатологии. 2000. №4. С. 38-46.

4. Рашидов Ф.Ш., Амонов Ш.Н., Туракулов Ф.А. Лапароскопическая эхинококкэктомия из печени // Материалы 4-го международного конгресса по эндоскопической хирургии. Москва, 2000. С. 340-342.

5. Хамидов М.А. Предупреждение осложнений при лапароскопической эхинококкэктомии печени // Материалы 7-го международного конгресса по эндоскопической хирургии. Москва, 2003. С. 320-321.

6. Назыров Ф.Г. Минимально-инвазивные вмешательства в лечении гнойных осложнений эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2002. Т.2, №1. С. 18-21.

REFERENCES

1. Gulmuradov T. G., Pallaev M. G., Saidov R. Kh. Novoe v diagnostike i khirurgicheskom lechenii oslozhnennogo ekhinokokkoza pecheni [New in diagnostic and surgical treatment of liver complicated echinococcosis]. *Izvestiya Akademii Nauk Respubliki Tadjikistan – Proceedings of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan*, 2006, No. 2 (155), pp. 85-91.

2. Ivanov S. A., Kotiv B. N. Ultrazvukovoe issledovanie v khirurgii ekhinokokkoza pecheni [Ultrasound examination in surgery of liver echinococcosis]. *Vestnik Khirurgii – Herald of Surgery*, 2001, Vol. 160, No. 3, pp. 73-76.

3. Dadvani S. A., Strelyaeva A. V., Gostishchev V. K. Maloinvazivnye operativnye vmeshatelstva i khimioterapiya pri ekhinokokkoze [Minimally invasive surgery and chemotherapy in echinococcosis]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii - Annals of Surgical Hepatology*, 2000, No. 4, pp. 38-46.

4. Rashidov F. Sh., Amonov Sh. N., Turakulov F. A. [Laparoscopic liver echinococcectomy]. *Materialy 4-go mezhdunarodnogo kongressa po endoskopicheskoy khirurgii [Proceedings of the 4th International Congress of Endoscopic Surgery]*. Moscow, 2000, pp. 340-342. (In Russ.)

5. Khamidov M. A. [Prevention of complications in laparoscopic liver echinococcectomy]. *Materialy 7-go mezhdunarodnogo kongressa po endoskopicheskoy khirurgii [Proceedings of the 7th International Congress of Endoscopic Surgery]*. Moskva, 2003. S. 320-321. (In Russ.)

6. Nazyrova F.G. Minimal'no-invazivnye vmeshatel'stva v lechenii gnoynih oslozhnenij jehinokokkoza pecheni [Minimally invasive interventions in the treatment of suppurative complications of liver echinococcosis]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 2002, Vol. 2, No. 1, pp. 18-21.

7. Caetano-Junior E. M., Laparoscopic management of hepatic cysts. *Surgical Laparoscopy Endoscopy and Percutaneous Techniques*, 2006, Vol. 16, pp. 68-72.

8. Khoury G., Jabbour-Khoury S., Bikhazi K. Results laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver. *Surgical Endoscopy*, 1996, Vol. 10, No. 1, pp. 57-59.

Сведения об авторах:

Гульмуратов Таишулат Гульмуратович – зав. кафедрой сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор, член-корр. Академии наук Республики Таджикистан

Амонов Шухрат Шодиевич – врач-хирург отделения эндоскопической хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ СЗРТ, к.м.н.

Сангов Дилишод Сафарович – врач-хирург отделения эндоскопической хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ СЗРТ, к.м.н.

Контактная информация:

Амонов Шухрат Шодиевич – г. Душанбе, ул. Н. Карабаева д. 19б, кв. 18; тел.: +992-918-76-10-13; E-mail: shuhrat.amonov@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616. 714. 3-006.31-053. 7-089

¹Икромов М.К., ¹Шамсидинов Б.Н., ²Назирмадова М.Б., ²Абдухалилов А.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВРЕМЕННОЙ ПЕРЕВЯЗКИ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

¹Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГУ «Национальный медицинский центр» МЗиСЗ РТ

¹Ikromov M.K., ¹Shamsidinov B.N., ²Nazirmadova M.B., ²Abduhalilov A.A.

THE EFFECTIVENES OF TEMPORARY LIGATION OF EXTERNAL CAROTID ATERY IN SURGICAL TREATMENT OF JUVENILE ANGIOFIBROMA OF SKULL BASE

¹Department of Otorhinolaryngology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

²State Establishment «National Medical Center» of the Ministry of Health and Social Welfare of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 47 пациентов-мужчин с диагнозом «Юношеская ангиофиброма основания черепа» (ЮАОЧ). Обследуемые после предварительной подготовки были госпитализированы на хирургическое лечение с временной перевязкой наружной сонной артерии (первая группа – 20 человек). Вторую группу (контрольная – 27 человек) составили больные, у которых оперативное вмешательство проводили традиционными методами (без временной перевязки наружной сонной артерии).

Результаты. У больных 1-ой группы интраоперационная кровопотеря составила 200,0-600,0 мл; у больных второй группы – 650,0-1800,0 мл, что требовало внутривенного переливания одногруппной эритроцитарной массы и свежзамороженной плазмы. Среднее пребывание в стационаре больных 1-ой группы составило 12,5 койко-дней, больных второй группы – 19,9.

Заключение. Хирургическое лечение юношеской ангиофибромы основания черепа с временной перевязкой наружной сонной артерии является наиболее оптимальным, чем традиционные способы.

Ключевые слова: ангиофиброма основания черепа, перевязка, сонная артерия

Aim. Optimization of surgical treatment of juvenile angiofibroma of skull base.

Materials and methods. We observed 47 male patients diagnosed with “Juvenile angiofibroma of skull base” (JASB). After pre-treatment all inspected were hospitalized for surgical treatment with temporary ligation of the external carotid artery (first group consisted of 20 people). The second control group of 27 people consisted of patients who were operated using traditional methods (without temporary ligation of the external carotid artery).

Results. The intraoperative blood loss in patients of first group was 200-600 ml; in patients of second group – 650-1,800 ml which required intravenous transfusion of group-match erythrocytes and newly frozen plasma. The average hospital stay of first group patients was 12,5 days, and the second group patients – 19,9 days.

Conclusion. Surgical treatment of juvenile angiofibroma of skull base with temporary ligation of the external carotid artery is the most optimal method compare to traditional method.

Key words: angiofibroma of skull base, ligation, carotid artery

Актуальность

Доброкачественные опухоли носоглотки встречаются редко. Наиболее распространенной

из них является ангиофиброма носоглотки. По наблюдениям разных авторов, юношеская ангиофиброма носоглотки (ЮАН) встречается в 53,6%

случаев среди доброкачественных новообразований носоглотки, а среди всех опухолей головы и шеи составляет 0,05% [1, 2, 6].

Ангиофиброма носоглотки наблюдается исключительно у лиц мужского пола, начиная с 10-летнего возраста. Бытует мнение, что опухоль к 20-25 годам подвергается обратному развитию, однако такой исход наблюдается не всегда, а выжидательная тактика чревата серьезными последствиями.

Юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) – доброкачественное новообразование, в соответствии с Международной классификацией опухолей (1971) относится к опухолям мягких тканей (мезенхимальные опухоли). По данным литературы, один больной с ЮАОЧ встречается на 12-16 тыс. стационарных больных с оториноларингологическими заболеваниями [3, 7].

Несмотря на гистологическую доброкачественность ангиофибромы, по клиническому течению она проявляет весьма злокачественный характер. Опухоль, разрастаясь, не только раздвигает соседние ткани, но и преодолевает все препятствия на своём пути, разрушая хрящи и кости. Из носоглотки ЮАОЧ распространяется раньше всего по линии наименьшего сопротивления – в нос или глотку, а часто – в нос и глотку. В полость носа ЮАОЧ проникает всегда через одну хоану. ЮАОЧ, разрастаясь, даёт в окружающие каналы и щели непосредственно от себя отходящие отростки, составляя с отростками одно целое, что характерно для доброкачественных опухолей [4, 5, 7].

Такие свойства, как быстрый разрушительный рост ЮАОЧ, отсутствие носового дыхания, частые изнуряющие кровотечения и склонность к рецидивированию позволяют отнести ЮАОЧ к опухолям, имеющим характер злокачественного течения [1, 4].

В начальной стадии развития новообразования полости носа, околоносовых пазух и носоглотки представляют определённые диагностические трудности, так как характеризуются неспецифическими признаками, в связи с чем на них не обращают внимания ни сами больные, ни врачи. Так, в большинстве случаев на ранних этапах заболевания пациенты с данной патологией лечатся по месту жительства по поводу риносинуситов, аденоидитов с широким использованием физиотерапии, что в свою очередь приводит к быстрому прогрессированию процесса [2, 5, 6].

Вопросу удаления ЮАОЧ доступом через естественные пути посвящены многочисленные работы. Общим принципом операции при удалении опухолей доступами через естественные пути является то, что отделение опухоли от окружающих тканей производится как через рот, так и через нос или через рот и нос одновременно. При

осуществлении доступа к опухоли через естественные пути авторы, как обычно, используют вспомогательные манипуляции или предварительные операции. Так, при использовании доступа через полость рта предварительно производят оттягивание мягкого нёба при помощи резиновых вожжей, введенных через одну или обе полости носа. В результате смещения мягкого нёба по направлению кпереди расширяется просвет носоглотки (со стороны полости рта), что облегчает выделение опухоли и удаление её через полость рта. При операции с применением доступа через полость носа вначале производится временное смещение перегородки носа в сторону. Оно достигается путём пересечения перегородки носа на всем её протяжении (у основания) и резекции задней части сошника. Это, по мнению авторов, позволяет осуществить свободную отсепаровку опухоли и удаление её через полость носа [7].

Большинство сторонников операций, проводимых с применением доступов через естественные пути, считают оправданным применение этих доступов при удалении так называемых «малых» ЮАОЧ, когда опухоль занимает носоглотку, полость носа и клиновидные пазухи. По их мнению, операция сопровождается минимальной травмой окружающих тканей и сохраняет архитектуру полости носа [5, 7].

В связи с этим появилась крайняя необходимость в разработке эффективных атравматических методов хирургического лечения ЮАОЧ, нацеленных на снижение частоты риска существующих послеоперационных осложнений.

Материал и методы исследования

В условиях ЛОР-клиники НМЦ РТ за последние 12 лет обследовано 47 больных с ЮАОЧ в возрасте от 10 до 14 лет – 7 человек; от 15 до 19 лет – 35 человек; от 20 до 25 лет – 5 человек.

В клинике всем больным проводили следующие методы обследования: общеклиническое, оториноларингологическое, КТ и МРТ черепа, а также гистологическое исследование до и после операции.

После всестороннего клинического обследования и установления окончательного клинического диагноза пациенты были прооперированы традиционным способом через естественные пути (полость носа и рта) и наружным доступом по Муру в зависимости от объёма и глубины распространения опухоли. Больным, у которых расположение опухоли наблюдалось в области крылонёбной ямки и в верхнечелюстной пазухе, оперативный доступ осуществлялся трансмаксиллярно по Денкеру.

Обследуемые больные были разделены на 2 группы. В 1-ую группу (20 человек) вошли больные, которым перед удалением опухоли

проводилась временная перевязка наружной сонной артерии (НСА) по разработанной в нашей клинике методике, основной целью которой было уменьшение объёма интраоперационного кровотечения; во 2-й группе (27 человек) оперативное вмешательство осуществляли без перевязки НСА – традиционным способом.

Все наблюдаемые больные были I, II, III А и III Б степеней по классификации U.Fish. Интракраниально и подвисочно распространенные опухоли в исследуемые группы не входили, так как в таких случаях должны быть задействованы специалисты смежных дисциплин.

Результаты и их обсуждение

Всем больным независимо от вида опухоли, степени её распространения проведена предоперационная подготовка сроком от 7 до 10 дней. У 7 больных в анамнезе установлены частые носовые кровотечения, по ходу исследования выявлены некоторые изменения со стороны форменных элементов красной крови, в связи с чем для их восстановления в программу предоперационной подготовки

были включены препараты крови и кровезаменители. Всем больным предварительно проведённое гистологическое исследование подтвердило выставленный диагноз. Имея в виду ангиоматозность опухоли и неизбежность интенсивного интраоперационного кровотечения, больным 2-ой группы заблаговременно до операции было подготовлено необходимое количество растворов, кровезаменителей и компонентов крови (плазма, эритроцитарная масса). Что касается больных первой группы, тактика подхода к хирургическому лечению заключалась в следующей предоперационной подготовке: перед удалением опухоли производили временную перевязку наружной сонной артерии резиновой полоской в полуузел. После удаления опухоли, тампонирования передних и задних отделов полости носа одним движением развязывали полуузел, тем самым восстанавливая кровообращение бассейна наружной сонной артерии, послойно зашивали рану шеи. Таким образом, мы достигали более благоприятных результатов лечения (табл.).

Сравнительная характеристика некоторых параметров у исследуемых больных

<i>Группы больных</i>	<i>Число больных</i>	<i>Среднее число койко-дней в стационаре</i>	<i>Средняя продолжит. операции</i>	<i>Интраопер кровопотеря, мл</i>	<i>Число рецидивов</i>
<i>I</i>	20	12,5	1ч. 28 мин.	200,0-600,0	1
<i>II</i>	27	19,9	1ч. 41 мин.	650,0-1800,0	5

Как видно из представленной таблицы, объём интраоперационной кровопотери в I группе больных составил 200,0-600,0 мл, что улучшило обзор операционного поля, тем самым появилась возможность к более радикальному удалению ЮАОЧ и тщательной ревизии послеоперационной раны, что, в свою очередь, ведёт к минимизации рецидивов опухоли. Средняя продолжительность операции составила 1 ч 28 мин., что на 13 минут меньше, чем у больных II группы. Удаление задних тампонов в первой группе произведено на 2-3 сутки, во второй - на 4-5 сутки из-за риска развития кровотечений. Среднее пребывание больных первой группы в стационаре составило 12,5 койко-дней. Что касается больных второй группы, то объём интраоперационной кровопотери у них составил 650,0-1800,0 мл, среднее пребывание в стационаре – 19,9 койко-дней. Послеоперационные рецидивы у больных I-ой группы были всего у одного пациента, во II-ой группе – у 5 больных.

Таким образом, при проведении оперативного вмешательства у больных с ЮАОЧ традиционным методом из-за обильного кровотечения хирург старается быстрее закончить операцию и заняться гемостазом послеоперационной раны, а

ревизия остаётся на втором плане, что снижает качество операции и увеличивает риск возникновения рецидивов заболевания.

Заключение

Резюмируя сказанное, можно с достаточным основанием утверждать, что правильный выбор тактики операции в зависимости от расположения и объёма опухоли даёт благоприятные результаты лечения больных и предотвращает рецидив заболевания. Выбранную тактику хирургического лечения мы рекомендуем при удалении опухолей I, II, III А и III Б стадий.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимов А.И., Носиров Е.М., Хайитов О.Р., Хайтов Р. Юношеская ангиофиброма основания черепа // Российская оториноларингология. 2016. № 4 (83). С. 9-13
2. Везезгов В.А. и др. Современный взгляд на проблему оптимизации диагностики и лечебной тактики у больных юношеской ангиофибромой носоглотки и основания черепа. //Росс. оторинолар. 2011. № 2 (51). С. 61-76.

3. Гаджимирзаев Г.А. и др. Варианты хирургического вмешательства при распространённых формах юношеской ангиофибromы носоглотки. //Росс. оторинолар. 2013. № 3 (64). С. 23-26.

4. Икромов М.К., Азизов К.Н. Наш опыт хирургического лечения юношеской ангиофибromы основания черепа // Вестник Авиценны. 2015. №3. С. 32-36.

5. Икромов М.К., Зикийходжаев Д.З., Азизов К.Н., Назирмадова М.Б., Собиров М.М. Хирургическое лечение юношеской ангиофибromы носоглотки с временной перевязкой наружной сонной артерии // Известия Академии наук Таджикистана. 2015. № 4 (192). С. 85-89.

6. Науменко Н.Н., Гуляев Д.А., Науменко А.Н., Везезгов В.А. Современное представление о хирургическом лечении юношеской ангиофибromы основания черепа с интракраниальным распространением // Росс. оторинолар. 2010. № 1 (44). С. 90-94.

7. Шалабаев Б.Д. Хирургическое лечение объёмных деструктивных образований челюстно-лицевой области. Бишкек, 2013. 342 с.

RESERENSES

1. Alimov A. I., Nosirov E. M., Khayitov O. R., Khaitov R. Yunosheskaya angiofibroma osnovaniya cherepa [Youthful angiofibroma of the skull base]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2016, No. 4, Vol. 83, pp. 9-13

2. Verezgov V. A., Sovremennyy vzglyad na problemu optimizatsii diagnostiki i lechebnoy taktiki u bolnykh yunosheskoy angiofibromoy nosoglotki i osnovaniya cherepa [The modern view on the problem of optimization of diagnosis and treatment strategy in patients with juvenile angiofibroma of the nasopharynx and skull base]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2011, No. 2, Vol. 51, pp. 61-76.

3. Gadzhimirzaev G. A., Varianty khirurgicheskogo vmeshatelstva pri rasprostranennykh formakh yunosheskoy angiofibromy nosoglotki [Options of surgical intervention in common forms of juvenile nasopharyngeal angiofibroma]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2013, No. 3, Vol. 64, pp. 23-26.

4. Ikromov M. K., Azizov K. N. Nash opyt khirurgicheskogo lecheniya yunosheskoy angiofibromy osnovaniya cherepa [Our experience of surgical treatment of juvenile angiofibroma of the skull base]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2015, No. 3, pp. 32-36.

5. Ikromov M. K., Zikiryakhodzhaev D. Z., Azizov K. N., Nazirmadova M. B., Sobirov M. M. Khirurgicheskoe lechenie yunosheskoy angiofibromy nosoglotki s vremennoy perevyazkoj naruzhnoy sonnoy arterii [Surgical treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma with temporary ligation of the external carotid artery]. *Izvestiya Akademii nauk Tadjikistana – News of the Academy of Sciences of Tajikistan*, 2015, No. 4, Vol. 192, pp. 85-89.

6. Naumenko N. N., Gulyaev D. A., Naumenko A. N., Verezgov V. A. Sovremennye predstavlenie o khirurgicheskoy lechenii yunosheskoy angiofibromy osnovaniya cherepa s intrakranialnym raprostraneniem [Modern understanding of the surgical treatment of juvenile angiofibroma of the skull base with intracranial spread]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2010, No. 1, Vol. 44, pp. 90-94.

7. Shalabaev B. D. *Khirurgicheskoe lechenie obemnykh destruktivnykh obrazovaniy chelyustno-litsevoy oblasti* [Surgical treatment of destructive volumetric formations of maxillofacial area]. Bishkek, 2013. 342 p.

Сведения об авторах:

Икромов Махмадуло Курбонович – соискатель каф. оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, врач 1-го ЛОР отделения Национального Медицинского Центра РТ

Шамсидинов Бобоназар Насридинович – зав. кафедрой оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Назирмадова Мохира Бадаргаевна – врач детского ЛОР отделения Национального Медицинского Центра РТ

Абдухалилов Абдузокир Аралович – врач 1-го ЛОР отделения Национального Медицинского Центра РТ

Контактная информация:

Икромов Махмадуло Курбонович – тел.: +992918530898; e-mail: ikromov.mk-71@mail.ru

¹Камилова М.Я., ²Раззокова Н.Х., ¹Нуралиева Ш.А., ³Мараджабова М.М.

РОЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАЛИЗА КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ТЯЖЕЛЫХ ПРЕЭКЛАМПСИЙ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ В СТАЦИОНАРАХ 3-ГО УРОВНЯ

¹ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ»

²Областной родильный дом г. Курган-тюбе

³Центр репродуктивного здоровья №1 г. Душанбе

¹Kamilova M.Y., ²Razzokova N.Kh., ¹Nuralieva Sh.A., ³Mamarajabova M.M.

THE ROLE OF SEVERE PREECLAMPSIA CRITICAL CASE ANALYSIS USE IN SERVICE QUALITY IMPROVING IN 3-RD LEVEL HOSPITALS

¹Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Ministry of Health of the Republic of Tajikistan

²Region delivery home of Kurgan-tube city

³The center of reproductive health №1 (Dushanbe-city)

Цель исследования. Оценить значение решений, принятых в результате использования анализа критических случаев в родильном доме г. Курган-тюбе.

Материал и методы. Проанализированы протоколы заседаний анализи критических случаев (АКС) преэклампсий и годовые отчеты родильного дома г. Курган-тюбе.

Результаты. Показано, что истинными причинами упущенных возможностей предупреждения развития критических случаев тяжелых преэклампсий были организация помощи и низкий уровень знания стандартов. Систематизация причин упущенных возможностей позволила принять выполнимые малозатратные решения.

Заключение. Реализация эффективных решений улучшает качество оказываемых услуг беременным с преэклампсиями.

Ключевые слова: АКС, преэклампсии, упущенные возможности, решения

Aim. To estimate the role of decisions, which was form after analysis of missed opportunities in patients with preeclampsia in delivery home of Kurgan-tube city.

Materials and methods. The protocols of preeclampsia near-miss audit and reports for a years in Kurgan-tube delivery home were analyzed.

Results. It was shown, that the missed opportunities was organization of the aid and the low level of the knowledge's. The systematization of the missed opportunities causes helps brings reality and low expense decisions.

Conclusion. These effective decisions after realization improve the quality aid to pregnant woman with preeclampsia.

Key words: analysis of the near miss, preeclampsia, missed opportunities, decisions

Актуальность

Ежегодно в мире умирают свыше полумиллиона женщин из-за осложнений беременности и родов. Часто большинство смертей можно предотвратить, если располагать нужной информацией, на основе которой можно принимать решения, способствующие предотвращению смертей [8]. В правительственных документах отражена приверженность правительства Республики Тад-

жикистан к признанию вопросов здоровья матери и новорожденного приоритетной задачей [2, 5]. Показатель материнской смертности в Таджикистане, по данным официальной статистики, к 2015 году снизился, по сравнению с 1999 годом, в 2,5 раза. В структуре материнской смертности в Таджикистане гипертензивные осложнения и кровотечения занимали и занимают лидирующие позиции [2]. Совершенно очевидно, что

цифры статистики по показателям материнской смертности и заболеваемости лишь констатируют факты. Официальные же заседания с администрацией во главе заводят процесс анализа в тупик из-за неполного освещения событий, страха перед наказанием. Ввиду этого самого важного момента – принятия решений для профилактики критических ситуаций в дальнейшем не удастся достичь [7]. Поэтому необходимо заменить старую систему разборов материнской смертности и состояний, угрожающих жизни женщин, на принципиально новый процесс. В Таджикистане с 2009 года внедрена методология ВОЗ «Что кроется за цифрами?», и с этого времени начато внедрение исследования критических случаев на уровне учреждений [4, 6]. Использование инструментов этой методологии, таких как оценка качества оказываемых услуг, конфиденциальные расследования материнских и перинатальных смертей, вербальные аутопсии, аудиты медицинских учреждений и анализы случаев тяжелых осложнений, позволяет получать достоверную информацию, на основании которой возможно принимать решения, предотвращающие в будущем упущенные возможности [7]. Анализ критических случаев (АКС) является одним из инструментов данной программы. Принципами АКС являются конфиденциальность, отсутствие порицаний, анализ, основанный на сравнении практик со стандартами, разработанными на данных доказательной медицины. Разработанные в 2008 году Национальные стандарты по ведению беременности, родов и послеродового периода женщин с гипертензивными осложнениями используются в учреждениях для разработки местных протоколов и сравнения при аудитах с практикой учреждений [3]. Целью АКС является поиск истинных причин упущенных возможностей и принятие эффективных решений, реализация которых будет способствовать улучшению качества оказываемых услуг. Разработка научно-обоснованных рекомендаций и стандартов, реализация пересмотренных стратегий защиты материнского здоровья являются одним из главных итогов аудитов критических случаев [1, 6].

Ожидается, что неосуждающий, конфиденциальный и результативный подход исследования

КС заменит старую систему контроля качества оказываемых услуг.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели нами проанализированы протоколы 24 заседаний АКС преэклампсий и годовые отчеты родильного дома г. Курган-тюбе, проведена оценка принятых и реализованных решений на заседаниях по анализу критических случаев тяжелых преэклампсий, произошедших в областном родильном доме г. Курган-тюбе, который является стационаром 3-го уровня.

За 2013-2015 годы в учреждении зарегистрировано 3973, 5230 и 5963 родов. Среди поступивших на роды диагноз «Тяжелая преэклампсия» установлен у 164, 378 и 295 пациенток, что составило в 4,1%, 7,2%, 4,9% соответственно, из них критические случаи тяжелых преэклампсий имели место у 22 (13,4%), 22 (5,8%), 25 (8,4%) женщин.

Критериями критических случаев тяжелых преэклампсий явились:

- острая почечная недостаточность
- печеночная недостаточность
- эклампсия
- отек легких
- HELLP-синдром
- А/Д систолическое – выше 170 мм рт.ст, диастолическое – 110 мм рт.ст.

Статистическая обработка данных включала расчет процентного соотношения (частоты тяжелой преэклампсии и критических состояний в целом и развившихся в стационаре).

Результаты и их обсуждение

Всего проанализировано 24 критических случая тяжелых преэклампсий, зарегистрированных в областном родильном доме г. Курган-тюбе в 2013-2015 годах. Среди проанализированных критических случаев острая почечная недостаточность развилась у 5 (20,8%) женщин с тяжелой преэклампсией, эклампсия – у 14 (58,3%), HELLP-синдром – у 2 (8,3%), тяжелая гипертензия (показатели систолического А/Д выше 170 мм рт.ст, диастолического А/Д – выше 110 мм рт.ст) – у 2 (8,3%), печеночная недостаточность – у 1 (4,2%) женщины.

Частота критических состояний, развившихся в стационаре, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Частота критических состояний, развившихся в стационаре

<i>Критические состояния тяжелой преэклампсии</i>	<i>Частота критических состояний, развившихся в стационаре</i>	
Систолическое А/Д > 170 мм рт.ст. диастолическое А/Д > 120 мм рт.ст.	1 из 2	50%
Эклампсия	4 из 14	28,6%
Острая почечная недостаточность	3 из 5	60%

HELLP-синдром	0 из 2	0%
Печеночная недостаточность	1 из 1	100%

Как видно из представленных данных, 60% ОПН развилось в стационаре, каждый 4-й случай эклампсии развился в стационаре, из 2 женщин с тяжелой гипертензией, угрожаемой жизни, в одном случае состояние отмечено при нахождении в стационаре. Эти цифры указывают на имеющиеся упущенные возможности при оказании услуг беременным с преэклампсиями.

Систематизация причин упущенных возможностей выявила, что в 4-х случаях критических состояний, развившихся в стационаре, причиной упущенных возможностей явился перегруженность персонала. Так, 2 случая эклампсии произошли в результате несвоевременного мониторинга за состоянием женщин, в 2-х случаях развития

ОПН не было контроля за количеством выделяемой мочи. В 4-х случаях незнание стандартов ведения беременных с тяжелой преэклампсией способствовало развитию КС в стационаре: не произведены катетеризация и контроль за почасовым диурезом, не приняты во внимание жалобы женщин на головную боль. В одном случае режим магнизиальной терапии проведен некачественно из-за отсутствия инфузоматов. Несвоевременно обеспеченный перечень необходимого лабораторного обследования явился причиной развития печеночной недостаточности в одном случае.

Соответственно выявленным и систематизированным упущенным возможностям были приняты решения, представленные в таблице 2.

Таблица 2

Принятые решения на основании выявленных истинных причин упущенных возможностей

Упущенные возможности	Принятые решения
Перегруженность персонала	Создать дополнительный пост за счет перераспределения акушерок на уровне учреждения (менеджер)
Отсутствие инфузоматов	Обеспечить за счет денежных средств, поступивших из платных услуг (менеджер)
Незнание стандартов	В системе непрерывного образования предусмотреть презентацию «НАП при тяжелых преэклампсиях» и отработку практических навыков магнизиальной терапии и мониторинга за почасовым диурезом при проведении магнизиальной терапии (заведующий отделением)
Несвоевременное обеспечение лабораторного обследования в ночное время суток	Организовать экстренную ночную лабораторию в родильном отделении (менеджер, зав. лабораторией)

Командой по АКС прослежена реализация принятых решений. Учитывая, что все эти принятые решения были реально исполнимыми, то и их реализация была успешной. Менеджеру учреждения были предложены реально выполнимые решения, касающиеся организации службы. Перераспределение нагрузки на акушерок без увеличения штата способствовало качественному наблюдению за пациентками. Организована ночная экстренная лаборатория, что обеспечило доступность проведения необходимого обследования женщин с преэклампсией в любое время суток. Приобретение инфузоматов за счет средств из платных услуг улучшило качество проведения магнизиальной терапии. Отработка практических

навыков режима магнизиальной терапии и мониторинга за пациентками с тяжелой преэклампсией улучшила знания персонала. Все предложенные решения были выполнены в назначенные сроки.

Заключение

Таким образом, в результате использования АКС появилась возможность выявлять истинные причины упущенных возможностей, принимать на основе их малозатратные и выполнимые решения, внедрение и реализация которых улучшают качество оказания услуг беременным с тяжелыми преэклампсиями.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-8 см. в REFERENCES)

1. Камилова М.Я., Расулова Г.Т., Пирова З. Оценка внедрения анализа критических случаев, угрожающих жизни женщины при проведении мониторинга // Вестник педагогического университета. 2014. №2(57). С.135-140
2. Национальный план мероприятий по обеспечению безопасного материнства в Республике Таджикистан на период до 2014 г. от 1.08.08г. № 370.
3. Приказ МЗ РТ «О внедрении стандартов по антенатальному уходу при физиологической беременности, акушерским кровотечениям и гипертензивным нарушениям во время беременности» от 26 сентября 2008 г. № 540.
4. Приказ МЗ РТ «О проведении конфиденциального расследования случаев материнской смертности» от 25 сентября 2013 г. № 557.
5. Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 г. от 31.08.2004 г. № 348.

REFERENCES

1. Kamilova M. Ya., Rasulova G. T., Pirova Z. Otsenka vnedreniya analiza kriticheskikh sluchaev, ugrozhayushchikh zhizni zhenshchiny pri provedenii monitoringa [Assessment of the implementation of the critical analysis of cases that threaten the life of a woman during the monitoring]. *Vestnik pedagogicheskogo universiteta - Herald of Pedagogical University*, 2014, No. 2, Vol. 57, pp. 135-140
2. Natsionalnyy plan meropriyatiy po obespecheniyu bezopasnogo materinstva v Respublike Tadjikistan na period do 2014 g. ot 1.08.08g. № 370 [National action plan for safe motherhood in the Republic of Tajikistan for the period up to 2014 of 08.01.08 year № 370.].
3. Prikaz MZ RT "O vnedrenii standartov po antenatalnomu ukhodu pri fiziologicheskoy beremennosti, akusherskim krovo-techeniyam i gipertenzivnym narusheniyam vo vremya beremennosti" ot 26 sentyabrya 2008 g. № 540 [Order of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan "On the introduction of standards for antenatal care during normal pregnancy, obstetric haemorrhage and hypertensive disorders during pregnancy" from 26 september 2008 № 540].

4. Prikaz MZ RT «O provedenii konfidentsialnogo rassledovaniya sluchaev materinskoy smertnosti» ot 25 sentyabrya 2013 g. № 557 [Order of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan "On carrying out a confidential inquiry of maternal deaths" from 25 september 2013 № 557].

5. Strategicheskiy plan Respubliki Tadjikistan po reproduktivnomu zdorovyu naseleniya na period do 2014 g. ot 31.08.2004 g. № 348 [The Strategic Plan of the Republic of Tajikistan on reproductive health for the period up to 2014 from 31.08.2004 year № 348].

6. Bacci A., Lewis G., Baltag V., The introduction of Confidential Enquiries into Maternal Deaths and near-miss case reviews in the WHO European Region. *Reprod Health Matters*, 2007, Vol. 15, pp. 145-52.

7. Drife J. Maternal mortality in well-resourced countries: is there still a need for confidential enquiries? *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2008, Vol. 22, pp. 501-515.

8. Hogan M, Foreman K, Naghavi M., Maternal mortality for 181 countries, 1980 – 2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, 2010, Vol. 375, pp. 1609-1623.

Сведения об авторах:

Камилова Мархабо Ядгаровна – зав. акушерским отделом Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ, д.м.н.

Раззокова Нодира Хаатовна – врач областного родильного дома г. Курган-тюбе

Нуралиева Шукрона Аскарровна – научный сотрудник акушерского отдела Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ

Мараджабова Манзура Мухторовна – врач центра репродуктивного здоровья № 1 г. Душанбе

Контактная информация:

Камилова Мархабо Ядгаровна – 734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мирзо Турсун-заде, 31; e-mail: marhabo1958@mail.ru

¹Кубачев К.Г., ²Мухиддинов Н.Д., ¹Заркуа Н.Э., ¹Лисицин А.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

¹Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

²Кафедра хирургических болезней и эндовидеохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Kubachev K.G., ²Mukhiddinov N.D., ¹Zarkuya N.E., ¹Lisitsin A.A.

CLINICAL AND STATISTICAL GROUPS OF PATIENTS WITH OBTURATIVE COLONIC OBSTRUCTION CANCER

¹Department of surgery named after N.D. Monastyrskiy FGBOU VO «Northwest State Medical University named after I.I. Mechnikov». Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg

²Department of Surgical Diseases and Endosurgery of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Провести анализ непосредственных результатов лечения больных опухолями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой.

Материал и методы. Исследование основано на сравнительном ретроспективном анализе историй болезней 952 больных с механической желтухой различного генеза, из которых у 479 (32%) впоследствии выявлен рак органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Проведены общеклинические и специальные методы обследования.

Результаты. Частота рака гепатопанкреатодуоденальной зоны различной локализации у мужчин и женщин различна. 149 больным были проведены оперативные вмешательства лапароскопическим и мини-доступом, направленные на временное отведение желчи различными методами с целью декомпрессии и разрешения механической желтухи. Выполнение радикального оперативного вмешательства или формирование билиодигестивных анастомозов предпринималось только после полного восстановления функции печени, нормализации параметров свертывающей системы.

Заключение. Наличие механической желтухи требует верификации причин её развития. При периапулярном раке, осложненном механической желтухой, показано выполнение двухэтапных оперативных вмешательств. Выбор способа дренирования основывается на локализации опухоли, топографо-анатомических особенностях билиарной системы. Радикальные операции выполняются после полной нормализации функций печени.

Ключевые слова: рак органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, обтурационная желтуха, способы дренирования желчных протоков

Aim. To conduct analysis of direct results of treatment of patients with tumor of hepatopancreoduodenal zone organs complicated with mechanical jaundice.

Materials and methods. Research is based on comparative and retrospective analysis of 952 patient case histories with mechanical jaundice of different genesis out of which 479 (32%) subsequently were diagnosed with cancer of hepatopancreoduodenal zone organs. General clinical and special method inspections were conducted.

Results. Frequency of cancer of hepatopancreoduodenal zone of different localization in men and women is different. 149 patients had laparoscopic and mini-access surgeries directed to temporary divert bile using different methods in order to decompress and release of mechanical jaundice. Conducting radical surgery or forming biliodigestive anastomosis was only after full recovery of liver functions, normalization of fibrillation system parameters.

Conclusion. Presence of mechanical jaundice requires verification of its development reasons. In periampullary cancer complicated with mechanical jaundice, the two-stage surgery is indicated. Drainage method choice is based on tumor localization, and topographic and anatomical features of biliary system. Radical surgeries are conducted after complete normalization of liver functions.

Key words: cancer of hepatopancreoduodenal zone organs, obstructive jaundice, bile-duct drainage methods

Актуальность

В последнее десятилетие отмечается рост числа пациентов со злокачественными опухолями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Несмотря на повышение доступности различных высокочувствительных неинвазивных методов диагностики, частота выявляемости рака этих органов на ранних стадиях заболевания практически не повысилась. В основном, пациенты продолжают поступать в профильные стационары только при развитии различных осложнений рака органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, таких как механическая желтуха, непроходимость двенадцатиперстной кишки, печеночно-почечная недостаточность, прорастание опухолью полых органов или кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта [1, 6].

Наиболее частым осложнением рака органов гепатопанкреатодуоденальной зоны является желтуха. Появление механической желтухи существенно ухудшает клиническое течение заболевания, усугубляя тяжесть состояния вследствие развития характерных для нее осложнений, таких как печеночная и почечная недостаточность, тромбгеморрагический синдром, холемические кровотечения, гнойный холангит, холангиогенные абсцессы печени, дисбактериоз кишечника и других, приводя к развитию полиорганной недостаточности [4, 8].

Среди причин подпеченочной желтухи на первое место выходит холелитиаз (35-40%), на второе – рак головки поджелудочной железы (30-35%), на третье – рак большого дуоденального сосочка (10-12%), затем рак внепеченочных желчных протоков (1-2%). Более редкими причинами являются: склерозирующий холангит, воспалительные и посттравматические стриктуры холедоха [2, 5, 6].

Отмеченные в последние десятилетия определенные достижения в диагностике и лечении больных периампулярным раком, осложненным механической желтухой, связаны с активным внедрением в широкую клиническую практику новых либо совершенствованием известных методов диагностики, применением современных минимально инвазивных технологий – лапароскопических, эндоскопических, ультразвуковых, рентгенотелевизионных, а также их сочетаний [3, 4, 8]. Вместе с тем, вопросы своевременной диагностики и рациональной лечебной тактики при механической желтухе остаются одними из наиболее сложных и во многом нерешенных проблем абдоминальной хирургии [7, 9, 10].

Материал и методы исследования

Исследование основано на сравнительном ретроспективном анализе историй болезней непосредственных результатов лечения больных опухолями органов гепатопанкреатодуоденаль-

ной зоны, осложненных механической желтухой, госпитализированных в Александровскую больницу за 2001-2011 гг. включительно. За это время было госпитализировано 952 больных с механической желтухой различного генеза. При дальнейшем обследовании у 479 (50,3%) из них выявлен рак органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Женщин было 188, мужчин – 291. Более 62% больных составили лица старше 60 лет.

Всем пациентам проводились УЗ, клиникобиологические методы исследования, выполнялась рентгенография органов грудной и брюшной полости; МРТ, СКТ, чрескожно-чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), ретроградная холангиопанкреатография (РХТГ), эндоскопические исследования по показаниям.

Результаты и их обсуждение

Такие наиболее частые симптомы периампулярного рака, как желтушность склер и кожного покрова, ахоличный стул, встречались у всех пациентов. Кожный зуд с характерными расчесами на теле наблюдался у 96,1% больных. Потерю массы тела более 5 кг за последние несколько месяцев до госпитализации отмечали 98,7% пациентов. Незначительные ноющие боли в области эпигастрия отмечали только 3,9% больных. В биохимических параметрах крови отмечались выраженные изменения, свидетельствующие о наличии печеночной недостаточности. Минимальный уровень билирубина был 75 ммоль/л, максимальный – 913 ммоль/л. Уровень общего белка крови ниже 54 г/л был выявлен у 74,4% больных, в том числе – менее 47 г/л – у 28,9%. Соответственно, низким был и уровень альбумина, что свидетельствует о глубоком угнетении белковосинтезирующей функции печени. Длительная внутривенная гипертензия, холангит сопровождаются некрозом гепатоцитов, маркером последнего является повышение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ), что отмечено у всех пациентов, причем у 77,4% – более 180 Ед. Параллельное повышение щелочной фосфатазы также выявлено у всех пациентов. Протромбиновый индекс менее 79% был отмечен у 75,7%, фибриноген менее 3 г/л – у 44% больных. У 26,6% больных МНО было менее 1, у 53,1% оно находилось в пределах нормы, у 20,3% наблюдалась гипоркоагуляция.

Анемия (гемоглобин менее 90 г/л) диагностирована у 27,3%, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево – у 35% пациентов, что свидетельствует о развитии холангита различной степени тяжести. У 27% больных наблюдалась различной степени выраженная тромбоцитопения. Чувствительность рентгеноскопии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при диагностике рака головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка составила 53%, общая

точность – 49%. Чаще всего наблюдали расширение «подковы» двенадцатиперстной кишки и сдавление полых органов извне. Почти у каждого четвертого пациента выявлялся дефект наполнения в области медиальной стенки нисходящей части двенадцатиперстной кишки. При фиброэзофагогастродуоденоскопии острые или хронические повреждения слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки выявлены у 27,2% больных. Непосредственно опухоль большого дуоденального сосочка визуализирована у 17,7% больных, еще у 4,9% она проросла слизистую медиальной стенки кишки двенадцатиперстной кишки. Желчь в двенадцатиперстной кишке отсутствовала у 100% больных.

Ультразвуковое исследование было выполнено всем пациентам. Изменения эхоструктуры паренхимы печени отмечалось у каждого пятого пациента. Метастазы в печени выявлены у 27,3% больных. Расширение внутриспеченочных желчных протоков отмечалось у 100%, внепеченочных – у 82,6% больных. При обструкции общего желчного протока до ретродуоденального отдела наблюдается «обрыв» холедоха, который был выявлен у 4,6% больных. У 6,9% больных внепеченочные желчные протоки не были расширены, у 10,5% визуализировать их не удалось. Опухолевая инфильтрация в области ворот печени и гепатодуоденальной связки диагностирована у 6,2% больных. Конкременты в желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках определялись у 22% больных. Расширение Вирсунгова протока обнаружено у 10,2% больных. Чувствительность метода при диагностике причины желтухи составила 79%, общая точность – 73%.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование было выполнено у 38 больных с механической желтухой. Чувствительность метода составила 100%, при общей точности 99,3%. Причину механической желтухи удалось верифицировать во всех случаях. У 5 больных было выявлено прорастание опухолью воротной вены, что послужило причиной отказа от попытки выполнения радикальной операции.

Лапароскопия была выполнена 149 (15,7%) больным. Показаниями к применению лапароскопии явились наличие выпота в брюшной полости (по данным УЗИ), необходимость оценки распространения опухолевого процесса, биопсии метастазов, а так же выполнение различных лечебных манипуляций. Оценить местную распространенность опухоли органов гепатопанкреатодуоденальной зоны или выполнение биопсии во время лапароскопии удается редко (за исключением визуализируемых метастазов печени). Поэтому основной целью лапароскопии остается выполнение дренирующих операций.

Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) осуществлена у 287 (30,1%) пациентов. При этом расширение внутриспеченочных протоков было выявлено у 95 (33,1%) больных, рак большого дуоденального сосочка – у 92 (32%) пациентов.

Забор материала из опухоли для гистологического исследования с последующей верификацией опухоли удалось осуществить у 51 (17,7%) больного. Сдавление дистального интрапанкреатического отдела общего желчного протока опухолью головки поджелудочной железы было выявлено у 57 (19,8%) больных. У 13 (4,5%) пациентов этой группы диагностирован холедохолитиаз. Недостатком РХПГ явилась невозможность определения протяженности поражения протоков опухолью. Чувствительность метода при раке БДС оказалась 96%, при раке желчных протоков – 92%, головки поджелудочной железы – 57%.

Спиральная компьютерная томография (СКТ) выполнена 311 пациентам. Хорошая разрешающая способность исследования с достаточно высокой достоверностью (чувствительность составляет 95,3%, общая точность – 87%) позволяют определить наличие метастазов в регионарных и парааортальных лимфатических узлах, прорастание опухолью магистральных сосудов и своевременно отказаться от неудачных попыток выполнения радикальных операций на поджелудочной железе.

Опухоли различной локализации при спиральной компьютерной томографии были выявлены у 197 больных. Расширение желчных протоков, свидетельствующее об внутриспеченочной гипертензии, наблюдали у 100% больных. Прорастание крупных сосудов было отмечено у 15 больных. Чувствительность при диагностике метастазов в печени составила 100%.

Магнитно-резонансная томография была выполнена 89 больным, в том числе МРТ-холангиография – 47. Показаниями явились невозможность выполнения ретроградной холангиографии, непереносимость контрастных веществ. Чувствительность метода при диагностике опухолей органов гепатопанкреатодуоденальной зоны составила 96,2%, общая точность – 87,4% и оказалась сопоставимой с результатами спиральной компьютерной томографии. Чувствительность при диагностике метастазов составила 93%, желчных камней – 98,7%.

Чрескожные чреспеченочные вмешательства были проведены 76 больным. Показаниями к выполнению этого исследования явились рак желчных протоков, головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка при невозможности эндоскопического дренирования. В большинстве случаев опухоли являлись неоперабельными. У ряда пациентов они являлись окончательными

видом хирургического пособия, улучшающим качество жизни пациентов. Различные осложнения отмечены у 4 больных (подтекание желчи в брюшную полость – 1, кровотечение в брюшную полость – 2, выпадение катетера из канала паренхимы печени в брюшную полость – 1).

Интраоперационная холангиоскопия была выполнена 38 пациентам. Исследование проводилось во время лапароскопической или посредством мини-доступа дренирования холедоха. Локализация периампулярного рака представлена в таблице 1.

Таблица 1

Структура и локализация периампулярного рака (n=479)

<i>Локализация опухоли</i>	<i>Количество больных</i>
<i>Рак головки поджелудочной железы</i>	269
<i>Рак крючковидного отростка</i>	31
<i>Рак БДС</i>	122
<i>Рак внепеченочных желчных протоков I типа*</i>	14
<i>II типа</i>	11
<i>III а типа</i>	13
<i>III б типа</i>	10
<i>IV типа</i>	9

Примечание: * – классификация Bithmut – Corlett

Частота рака различной локализации у мужчин и женщин оказалась различной. Удельный вес рака головки поджелудочной железы у мужчин составил 70,6%, у женщин – 38,9%. Частота рака крючковидного отростка у мужчин также оказалась несколько выше, чем у женщин. В то же время частота рака большого дуоденального сосочка и желчных протоков у женщин оказалась почти в три раза выше, чем у мужчин. Очевидно, это связано с более широким распространением желчнокаменной болезни среди женщин и злоупотреблением алкоголем мужчинами.

Операции, направленные на временное отведение желчи, были выполнены 469 больным. 10 больных оперированы без предварительного

дренирования желчных протоков. Из них двум пациентам была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция, восьми – операции внутреннего дренирования (билиодигестивные анастомозы).

Методы дренирования желчных протоков для временного отведения желчи представлены в таблице 2. Холедохостомию или холецистостомию выполняли лапароскопическим или мини-доступом. Наиболее обоснованными считали эндоскопические вмешательства, направленные на отведение желчи в двенадцатиперстную кишку. Чрескожные чреспеченочные вмешательства являются наиболее травматичными и применялись при невозможности выполнения других видов дренирующих операций.

Таблица 2

Методы временного дренирования желчных протоков (n = 469)

<i>Метод дренирования</i>	<i>Количество</i>
<i>Холецистостомия под контролем УЗИ</i>	9
<i>Холецистостомия (мини-доступ)</i>	17
<i>Лапароскопическая холецистостомия</i>	28
<i>Лапароскопическая холедохостомия</i>	81
<i>Холедохостомия (мини-доступ)</i>	21
<i>РХПГ, ПСТ</i>	87
<i>РХПГ, ПСТ, назобилиарное дренирование</i>	21
<i>РХПГ, ПСТ, установка стента</i>	165
<i>ЧЧХ (рентгенотелевидение)</i>	32
<i>ЧЧХ под контролем УЗИ</i>	8

Основными факторами, определяющими выбор того или иного способа наружного дренирования желчных протоков с целью декомпрессии и разрешения механической желтухи, являются:

- уровень обтурации внепеченочных желчевыводящих протоков (проксимальный или дистальный);
- степень распространения опухолевого процесса на окружающие органы и ткани, наличие отдаленных метастазов;
- возможность выполнения после устранения желтухи радикального хирургического вмешательства или билиодигестивных анастомозов;
- вероятность возможных осложнений, материально-техническое обеспечение и возможное качество технологического исполнения того или иного метода миниинвазивного вмешательства;
- прогнозируемое время жизни после миниинвазивного вмешательства, в случае если радикальная операция не показана.

Холецистостомия с целью дренирования желчных протоков была выполнена 54 больным. Холецистостомию выполняли только при обтурации дистальных отделов холедоха опухолью головки поджелудочной железы или большого дуоденального сосочка. Обтурация опухолью любого участка холедоха выше дистального отдела должна служить противопоказанием к холецистостомии, так как нельзя исключить низкое слияние пузырного протока с гепатикохоледохом или инвазию опухолью устья пузырного протока. Попытку выполнения холецистостомии не следует предпринимать при отсутствии жидкостного компонента в желчном пузыре (по данным УЗИ), при нафаршированном камнями или сморщенном желчном пузыре. Наименее инвазивным способом является холецистостомия под контролем УЗИ. Однако при этом методе выбор катетера ограничен диаметром пункционной иглы (калибр 23 – 18 G), что может оказаться недостаточным при высокой вязкости желчи. Обычно вся суточная желчь может проходить через канал диаметром 1-1,5 мм, однако, при вязкости субстрата более 1 Пуаз такой диаметр оказывается недостаточным.

Иногда пузырный проток может оказаться непроходимым и при этом большие размеры пузыря не всегда свидетельствуют о наличии сообщения между ним и желчными протоками. Очень часто при водянке, эмпиеме желчного пузыря последний имеет большие размеры, напоминая по подвижности и консистенции пузырь Курвуазье. Кроме того, при длинном узком извитом пузырном протоке, низко впадающем в гепатикохоледох, даже идеально выполненная холецистостома не обеспечивает эффективного сброса желчи из-за высокого сопротивления току жидкости. Не следует забывать и о том, что длительно существующая механическая желтуха (в течение нескольких недель) приводит к параличу перистальтики желчных протоков,

и эвакуация желчи в первые несколько суток происходит только за счет разности давления в протоках и наружном дренаже и присасывающего эффекта столбика жидкости в дренажной трубке. Учитывая трудности определения протяженности диаметра пузырного протока, его анатомических взаимоотношений с внепеченочными желчными протоками, при холецистостомии нужно выполнять интраоперационную фистулохолангиографию. Так, по результатам этого исследования у 8 пациентов в ходе операции мы отказались от выполнения холецистостомии.

Дренирование магистральных желчных протоков было выполнено у 102 пациентов с механической желтухой. Лапароскопическая холедохостомия была выполнена 81, посредством мини-доступа – 21 пациенту. Показаниями к выполнению явились: рак головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка, когда эндоскопические манипуляции оказывались по разным причинам невыполнимыми. Противопоказанием к дренированию холедоха является любая локализация рака внепеченочных желчных протоков по классификации Bismuth-Corlett, поскольку в большинстве случаев дренирование холедоха оказывается неэффективным или холедохостома функционирует в короткий промежуток времени. Эта методика лишена многих недостатков, присущих холецистостомии, и практически всегда обеспечивает адекватный пассаж желчи. При необходимости выполняется холангиоскопия, биопсия слизистой протоков или опухоли. При наличии конкрементов холангиоскопия является обязательной. После завершения исследования холедох дренируется T-образным дренажом с внутренним диаметром не менее 4 мм. Холедохотомическое отверстие ушивается до дренажа непрерывным швом, трубка фиксируется этой же ниткой. После проверки герметичности швов к холедохостоме подводится улавливающий дренаж и процедура заканчивается.

Лечебные эндоскопические вмешательства нами были выполнены 273 больным. Показанием к выполнению ЭПСТ является обструкция протокой системы опухолью на уровне Фатерова сосочка. Пассаж желчи удалось восстановить у всех пациентов. После папилотомии, как правило, наблюдается отхождение под давлением мутной концентрированной желчи, содержащей множество мелких конкрементов и хлопьев желчи. При наличии холангита у 21 больного мы не ограничивались одним лишь рассечением протока и вмешательство дополняли назобилиарным дренированием.

При продолженном росте опухоли по холедоху в сторону ворот печени, при первом-втором типах опухоли желчных протоков или раке головки поджелудочной железы, сдавливающим дистальный отдел желчного протока, выполнение папиллосфинктеротомии не обеспечивает сброса

желчи и возникает необходимость стентирования желчных протоков. В настоящее время существуют различные пластиковые или металлические нитиноловые стенты с памятью. Пластиковые стенты применяли при планировании последующего хирургического вмешательства. При прогнозируемой продолжительности жизни пациента до 6 месяцев наиболее оптимальным способом дренирования является установка нитиноловых стентов. Их используют при невозможности выполнения радикального оперативного вмешательства при неоперабельных опухолях или высоком операционно-анестезиологическом риске (IV-V степени).

Они являются достойной альтернативой различным вариантам билиодигестивных анастомозов, не уступая им в дренирующем эффекте. Кроме того, отсутствие дренажей улучшает качество жизни пациента, его психологическое состояние, позволяет активизировать его в более ранние сроки, избавляет от необходимости приема желчи внутрь. Отведение желчи естественным способом в двенадцатиперстную кишку способствует восстановлению гомеостаза в более короткие сроки. Недостатком является высокая стоимость стентов. Осложнения наблюдались у 5 больных в виде кровотечения из папиллотомного разреза легкой (1) и средней (3) степеней тяжести и панкреатита средней степени тяжести (1). Во всех случаях кровотечение остановлено посредством эндоскопического гемостаза

Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков выполнено у 40 больных. Показанием к выполнению этих вмешательств считали неоперабельный рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков (II-IV типы по Bismuth-Corlett), обтурацию внепеченочных желчных протоков метастазами и при технической невозможности эндоскопического стентирования при раке головки поджелудочной железы. Процедура у 32 пациентов выполнена на рентгенотелевизионной установке и у 8 – под контролем УЗИ.

Принципиально существуют три способа желчеотделения: наружный, наружно-внутренний и внутренний. Наиболее часто, как этап подготовки к радикальной операции или стентированию протоков, выполняют наружное желчеотведение. Нами на первом этапе наружное дренирование было выполнено у 29 и наружно-внутреннее – у 11 пациентов. Объем сбрасываемой желчи при наружном дренировании составил 300-600 мл, при наружно-внутреннем – 230-350 мл.

После чрескожных чреспеченочных вмешательств отмечалось наиболее неблагоприятное течение. В первые-вторые сутки ухудшение состояния на 3-6 баллов по шкале APACHE-II

наблюдалось практически у всех пациентов. У 8 больных после чрескожного чреспеченочного дренирования в первые 4 дня отмечалась высокая температура; подъем уровней АЛТ и АСТ наблюдался у 21 (52,5%) больного. У 4 пациентов констатировали нарастание печеночной недостаточности с угнетением уровня сознания до степени оглушения. Из них умерло 2 больных. Только начиная с 5 суток отмечается постепенное улучшение состояния, восстановление функций печени. Причинами этого, по нашему мнению, явились большая травматичность вмешательства, высокая частота опухоли IV стадии, более длительные сроки желтухи и, соответственно, меньше компенсаторные возможности пациентов. 3 пациента после различных дренирующих манипуляций умерли. У 15 больных в силу тяжести состояния, генерализации рака, преклонного возраста и наличия тяжелых сопутствующих заболеваний первичное дренирование явилось окончательным видом лечебного пособия.

Выполнение радикального оперативного вмешательства или формирование билиодигестивных анастомозов предпринималось только после полного восстановления функции печени, нормализации параметров свертывающей системы.

Выводы

1. Наличие механической желтухи требует верификации причин её развития.

2. При периампулярном раке, осложненном механической желтухой, показано выполнение двухэтапных оперативных вмешательств. На первом этапе выполняется дренирующая манипуляция, которая в ряде случаев может явиться окончательным видом хирургического пособия.

3. Радикальные операции выполняются после полной нормализации функций печени.

4. Выбор способа дренирования основывается на локализации опухоли, топографоанатомических особенностях билиарной системы. При раке внепеченочных желчных протоков III-IV типов по Bismuth методом выбора является чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование под контролем УЗИ или рентгенотелевидения. Эндоскопические способы показаны при опухолях I-II типов по Bismuth, раке головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка. Холецистостомия и холангиостомия применяются в тех же случаях, при технической невозможности эндоскопического дренирования.

5. При выполнении холецистостомии необходима интраоперационная холангиография.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 8-10 см. в REFERENCES)

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М.: Медицина, 1996. 152 с.

2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы. М.: Медицина, 2003. 424 с.

3. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей у больных механической желтухой. Тула, 2003. 182 с.

4. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Юнусметов Ш.А. Место и возможности малоинвазивных вмешательств в лечении больных механической желтухой //Эндоскопическая хирургия. 2003. № 1. С. 23-26.

5. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. М.: Медицина, 2003. 326 с.

6. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. М.: Медицина, 2007. 446 с.

7. Путов Н.В., Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Рак поджелудочной железы. СПб.: Питер, 2005. 416 с.

RESERENSES

1. Balalykin A. S. *Endoskopicheskaya abdominalnaya khirurgiya* [Endoscopic abdominal surgery]. Moscow, Meditsina Publ., 1996. 152 p.

2. Danilov M. V., Fedorov V. D. *Povtornye i rekonstruktivnye operatsii pri zabolevaniyakh podzheludochnoy zhelezy* [Repeated and reconstructive operations in pancreatic diseases]. Moscow, Meditsina Publ., 2003. 424 p.

3. Ivshin V. G., Yakunin A. Yu., Lukichev O. D. *Maloinvazivnye metody dekompressii zhelchnykh putey u bolnykh mekhanicheskoy zheltukhoy* [Minimally invasive decompression of the biliary tract in patients with obstructive jaundice]. Tula, 2003. 182 p.

4. Karimov Sh. I., Kim V. L., Yunusmetov Sh. A. Mesto i vozmozhnosti maloinvazivnykh vmeshatelstv v lechenii bolnykh mekhanicheskoy zheltukhoy [Location and the possibility of

minimally invasive surgery in the treatment of patients with obstructive jaundice]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 2003, No. 1, pp. 23-26.

5. Kubyshkin V. A., Vishnevskiy V. A. *Rak podzheludochnoy zhelezy* [Pancreas cancer]. Moscow, 2003. 326 p.

6. Patyutko Yu. I., Kotelnikov A. G. *Khirurgiya raka organov biliopankreatoduodenalnoy zony* [Surgery of cancer of organs of biliopancreatoduodenal zone]. Moscow, Meditsina Publ., 2007, 446 p.

7. Putov N. V., Artemeva N. N., Kokhanenko N. Yu. *Rak podzheludochnoy zhelezy* [Pancreas cancer]. St. Petersburg, Piter Publ., 2005. 416 p.

8. Aly E. A., Johnson C. D. Preoperative biliary drainage before resection in obstructive jaundice. *Digestive Surgery*, 2001, No. 2, pp. 84-89.

9. Baron T. H. Palliation of malignant obstructive jaundice. *Gastroenterology Clinics of North America*, 2006, Vol. 35, No. 1, pp. 101-112.

10. Freelove R., Walling A. D. Pancreatic cancer: diagnosis and management. *American Family Physician*, 2006, Vol. 73, No. 3, pp. 485-492.

Сведения об авторах:

Кубачев Кубач Гдажиевич – профессор кафедры хирургии им Н.Д. Монастырского СЗГМУ им И.И. Мечникова, д.м.н.

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – зав. кафедрой хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗРТ, д.м.н.

Заркуа Нонна Энриковна – доцент кафедры хирургии им Н.Д. Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова, к.м.н.

Лисицин Александр Александрович – асс. кафедры факультетской хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, к.м.н.

Контактная информация:

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – тел.: +992919-24-69-16

¹Курбонов К.М., ²Расулов Н.А., ¹Назирбоев К.Р.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РЕСТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И СФОРМИРОВАННЫХ БИЛИДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

¹Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Kurbonov K.M., ²Rasulov N.A., ¹Nazirboev K.R.

DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS OF BILE DUCT RE-STRICTURES AND FORMED BILIODIGESTIVE ANASTOMOSIS

¹Department of Surgical Diseases №1 of the Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

²Department of Surgery of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков.

Материал и методы. Представлены результаты лечения 41 больного с рестриктурой ВЖП (n=28) и сформированных билиодигестивных анастомозов (n=13). Во всех наблюдениях причиной рубцовых стриктур являлась ятрогенная травма, нанесенная во время первичной операции.

Результаты исследования. Количество больных с рестриктурой ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов с показателями тяжести состояния по АРАСНЕ II составило 13 (31,7%), что соответствовало количеству пациентов с удовлетворительным и средней тяжести состоянием. Больных с более высокими показателями по АРАСНЕ II было 19 (46,3%), в 9 (22%) случаях показатель тяжести состояния пациентов было более 20 баллов.

Повышение уровня цитокинов (ИЛ-2 – $8,2 \pm 0,8$ пг/мл, ИЛ-6 – $16,5 \pm 0,6$ пг/мл, ИЛ-8 – $54,4 \pm 1,0$ пг/мл и ФНО α – $6,0 \pm 0,2$ пг/мл), а также МДА ($3,8 \pm 0,05$ нмкмоль/л) свидетельствует о наличии воспалительных процессов в зоне сужения и нарушения образования нормальной соединительной ткани. В 38 наблюдениях для выявления уровня и протяженности стриктуры и их осложнений выполняли прямые методы контрастирования желчных протоков ЭРХПГ (n=20), ЧЧХГ (n=9) и чрезфистульную холангиографию (n=8), в 6 наблюдениях выполняли МРХПГ. Выявленные предикторы возникновения рестриктур ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов позволили при выполнении оперативных вмешательств придерживаться положений, сводящих до минимума риск развития рецидивов стриктур.

Заключение. При лечении пациентов с рестриктурой ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов необходим комплексный подход с учётом предикторов рецидива стриктур, что позволяет в каждом конкретном случае выбрать наиболее оптимальный вариант хирургической коррекции.

Ключевые слова: желчевыводящие пути, ятрогенная травма, билиодигестивные анастомозы, рестриктура

Aim. To improve the results of complex treatment of injuries and cicatricial bile duct strictures.

Materials and methods. This paper presents the results of treatment of 41 patients with re-stricture of VZHP (n=28) and formed biliodigestive anastomosis (n=13). In all cases, the cause for cicatricial bile duct stricture was iatrogenic trauma during primary surgery.

Results. The number of patients with VZHP re-stricture and formed biliodigestive anastomosis with condition severity indicators according to APACHE II was 13 (31.7%) which corresponded to the number of patients with satisfactory and moderate severity conditions. Patients with higher APACHE II indicators were 19 (46.3%), and in 9 (22%) cases, the condition severity indicator of patients was more than 20 points.

The increase in the level of cytokines (IL-2 – $8,2 \pm 0,8$ pg/ml IL-6 – $16,5 \pm 0,6$ pg/ml IL-8 – $54,4 \pm 1,0$ pg/ml and FNO α – 6.0 ± 0.2 pg/ml), and MDA ($3,8 \pm 0,05$ nmkmol/l) indicate the presence of inflammation in the area of narrowing and impaired formation of normal connective tissue. In 38 observations, in order to identify the level and length of stricture and their complications, the direct

methods of bile duct contrasting which are ERCP (n= 20), CHCHG (n = 9) and percutaneous cholangiography (n = 8), and in 6 cases MRCP were performed.

Identified predictors of VZHP re-stricture and formed biliodigestive anastomosis occurrence allowed when performing surgical procedures to hold a number of provisions that allow you to minimize the risk of stricture recurrences.

Conclusion. In treatment of patients with VZHP re-stricture and formed biliodigestive anastomosis an integrated approach taking into account predictors of recurrence of strictures that allow in each case to choose the most optimal variant of surgical correction is required.

Key words: *bile duct, iatrogenic trauma, biliodigestive anastomosis, re-stricture*

Актуальность

Неуклонный рост хирургической активности в связи с увеличением больных с заболеваниями органов гепатобилиарной зоны повлек за собой возрастание числа пациентов с неудовлетворительными результатами [1, 2]. Одной из причин неблагоприятных результатов хирургических вмешательств на желчных путях является развитие рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков (РС ВЖП) и сформированных билиодигестивных анастомозов (СБДА) в результате их интраоперационного повреждения или неправильной хирургической тактики [3, 4].

Необходимо отметить, что лечение пациентов с РС ВЖП и СБДА относится к числу наиболее сложных и не до конца решенных проблем в хирургической гепатологии [5, 6]. Достаточно отметить, что летальность в этой группе больных составляет от 8% до 18,8%, осложнения при операциях возникают в 12-47% случаев, а частота ре-

цидивов, т.е. рестриктур внепеченочных желчных протоков и сформированных билиодигестивных анастомозов, после проведенного хирургического вмешательства составляет 5,8-35% наблюдений [7-9].

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением за последние 15 лет находился 41 больной с рестриктурой ВЖП (n=28) и сформированных билиодигестивных анастомозов (n=13). Среди наблюдавшихся больных мужчин было 12 (29,2%), женщин – 29 (70,8%) в возрасте от 21 до 73 лет. Во всех наблюдениях причиной рубцовых стриктур желчных протоков и сформированных билиодигестивных анастомозов являлась ятрогенная травма, нанесенная во время первичной операции. При этом первичные оперативные вмешательства в 37 (90,2%) наблюдениях из 41 выполнялись по поводу желчнокаменной болезни и её осложнений и в 4 (9,8%) – по поводу низкосидящих дуоденальных язв (табл. 1).

Таблица 1

Характер первично выполненных оперативных вмешательств, во время которых произошло ятрогенное повреждение ВЖП (n=41)

<i>Название операции</i>	<i>Количество</i>	<i>%</i>
<i>Традиционная открытая холецистэктомия</i>	12	29,2
<i>Видеолапароскопическая холецистэктомия</i>	25	61
<i>Резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру–Финстереру</i>	4	9,8
<i>Всего</i>	41	100

Травмы ВЖП интраоперационно были диагностированы у 19 (46,5%) больных, у 14 (34%) наличие повреждений желчных протоков было установлено в ближайшем послеоперационном периоде (до выписки из стационара). В 8 (19,5%) наблюдениях ятрогенные травмы ВЖП выявляли только после выписки больных из стационара спустя в среднем 28,7 месяца.

Следует отметить, что до поступления в клинику 23 (56,1%) пациента из 41 по поводу РС ВЖП в других лечебных учреждениях перенесли от 2 до 4 различных видов оперативных вмешательств. Лишь 9 (22%) пациентов

были оперированы однократно. Всесторонний анализ клинического материала показал, что в 30 (73,2%) случаях у наблюдаемых больных в послеоперационном периоде развились осложнения: послеоперационное желчеистечение (n=12), послеоперационный желчный перитонит (n=10) и подпеченочные абсцессы (n=8).

Всех пациентов с рестриктурой желчных протоков и сформированных билиодигестивных анастомозов распределили согласно классификации Э.И. Гальперина [3] и Н. Bismuth (табл. 2)

Таблица 2

Распределение больных с рестриктурой ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов согласно классификации Э.И. Гальперина и Н. Bismuth

Тип	По Э.И. Гальперину		Тип	По Н. Bismuth	
	количество больных	%		количество больных	%
Тип «+2»	-		Тип 1	-	
Тип «+1»	1	2,4	Тип 2	2	4,8
Тип «0»	2	4,9		-	
Тип «-1»	5	12,1	Тип 3	14	34,2
Тип «-2»	18	44	Тип 4	14	34,2
Тип «-3»	15	36,6	Тип 5	11	26,8
Всего	41	100	Всего	41	100

Как видно из таблицы 2, в большинстве случаев - 40 (97,5%) - рестриктуры ВЖП были высокими, что было обусловлено количеством повторных перенесенных оперативных вмешательств, осложненным течением послеоперационном периоде, а также некомпетентностью специалистов.

Для диагностики рестриктуры ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов проводили клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включающее: УЗИ, ЭХПГ, ЧЧХГ, МР – хо-

лангиопанкреатографию, а также холангиофистулографию.

Степень достоверности различий полученных значений для двух групп оценивалась с помощью критерия Стьюдента. Для определения достоверности различий множественных сравнений использовали критерий Ньюмена-Кейлса. Различия считали достоверными при $p < 0,05$

Результаты и их обсуждение

Клинический анализ показал, что при поступлении в стационар больные предъявляли различные по характеру жалобы (табл. 3).

Таблица 3

Клинические проявления рестриктур ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов (n=41)

Клинический синдром	Количество	%
Желтуха	12	29,2
Рецидивирующий холангит	10	24,5
Боль и дискомфорт в животе	8	19,5
Желчный свищ	7	17
Билиарный цирроз печени	4	9,8
Всего	41	100

Наличие осложнений рестриктур ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов в значительной степени ухудшало общее состояние пациентов и функциональное состояние печени.

Так, количество больных с рестриктурой ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов с показателями тяжести состояния по АРАСНЕ II (от 0 до 10 баллов) составило 13 (31,7%), что соответствовало количеству пациентов с удовлетворительным и средней

тяжести состоянием. Больные с более высокими показателями АРАСНЕ II (с суммой баллов от 11 до 20) было 19 (46,3%) и в 9 (22%) случаев показатель тяжести состояния пациентов был более 20 баллов.

Результаты комплексного лабораторного исследования показали, что в 32 наблюдениях у больных с рестриктурой ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов наблюдается гипербилирубинемия ($81,7 \pm 57,3$ мкмоль/л), повышение уровня цитолитических

ферментов (АлАт – $1,2 \pm 0,03$ ммоль/л, АсАт – $1,4 \pm 0,09$ ммоль/л). Также отмечали повышение уровня щелочной фосфатазы ($961,2 \pm 736,5$ Е/л), что указывало на наличие холестаза и выра-

женности рубцовых процессов. Некоторые показатели уровня цитокинов и продуктов ПОЛ у обследованных пациентов приведены в таблице 4

Таблица 4

Некоторые показатели уровня цитокинов и маркеров оксидантного стресса у больных с рестриктурой ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов

Показатели	Норма	Больные со рестриктурой ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов
ИЛ-2, пг/мл	>50	$8,2 \pm 0,8$
ИЛ-6, пг/мл	$1,6 \pm 14,7$	$16,5 \pm 0,6$
ИЛ-8, пг/мл	0	$54,4 \pm 1,0$
ФНО α , пг/мл	0-5,9	$6,0 \pm 0,2$
МДА, нмкмоль	$2,4 \pm 0,14$	$3,8 \pm 0,05$

Повышение уровня цитокинов и МДА свидетельствует о наличии воспалительных процессов в зоне сужения и нарушении образования нормальной соединительной ткани.

Клинико-инструментальные методы исследования являются ведущим методом диагностики рестриктур ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов. Так, в 38 наблюдениях для выявления уровня и протяженности стриктуры и их осложнений выполняли прямые методы контрастирования желчных протоков ЭРХПГ (n=20), ЧЧХГ (n=9) и чрезфистульную холангиографию (n=8), а в 6 наблюдениях выполняли МРХПГ (рис. 1-3).

Так, в 38 наблюдениях для выявления уровня и протяженности стриктуры и их осложнений выполняли прямые методы контрастирования желчных протоков ЭРХПГ (n=20), ЧЧХГ (n=9) и чрезфистульную холангиографию (n=8), а в 6 наблюдениях выполняли МРХПГ (рис. 1-3).

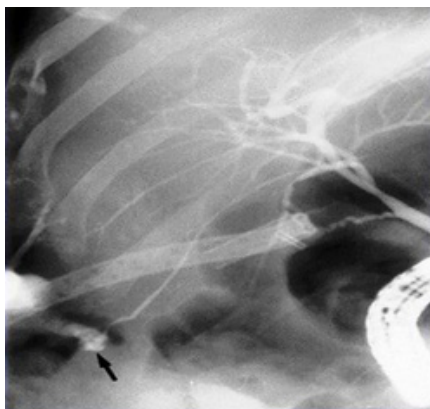


Рис. 1. ЭРХПГ. Рестриктура ВЖП («-2».)

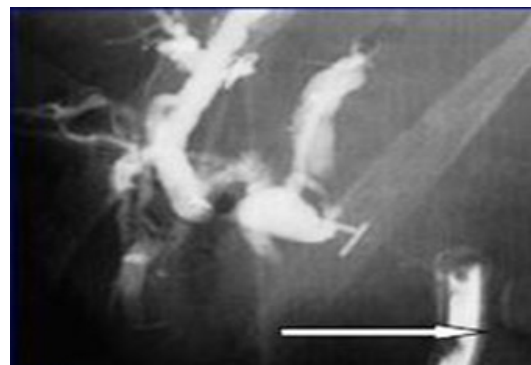


Рис. 2. ЧЧХГ. Рестриктура гепатикоеюноанастомоза



Рис. 3. МРХПГ. Рестриктура гепатикоеюноанастомоза

При лечении больных с рестриктурой ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов выполняли различные методы хирургического лечения, основанные на результатах исследования (табл. 5).

Таблица 5

Характер оперативных вмешательств при рестриктуре желчных протоков и сформированных билиодигестивных анастомозов

Характер оперативных вмешательств	Количество	%
1.Рестриктурa внепеченочных желчных протоков	28	68,3
Гепатикоюноанастомоз с межкишечным анастомозом по Ру	7	17
Гепатикоюноанастомоз по Кузовлеву-Гальперину	4	9,8
Надворотная резекция IV сегмента с формированием единого билиарного анастомоза	3	7,3
Гепатикоюноанастомоз с транспеченочным дренированием по Прадеру-Смиту	4	9,8
Правосторонняя гемигепатэктомия	5	12,1
Левосторонняя гемигепатэктомия	3	7,3
Трансплантация печени	2	4,9
2. Рестеноз билиодигестивного анастомоза	13	31,7
Регепатикоюноанастомоз по Ру	8	19,5
Реконструкция передней губы гепатикоюноанастомоза по Э.И. Гальперину	3	7,3
Реконструкция желчных протоков на СТД по Sairopol -Curian	2	4,9
Всего	41	100

После выполнения различных по характеру и объёму оперативных вмешательств в 6 случаях отмечали осложнения с 3 летальными исходами. Проведенный в ходе исследования анализ позволил выделить причины развития рестриктур желчных протоков и сформированных билиодигестивных анастомозов. Предикторами рестриктур желчевыводящих путей являются:

- неполное и неадекватное иссечение рубцовых тканей в измененных стенках желчных протоков;
- неадекватное сопоставление слизистой оболочки желчного протока и анастомозов;
- высокий уровень повреждения желчных протоков;
- наличие длительной инфекции (холангит, наружный желчный свищ) ввиду несвоевременной коррекции холестаза;
- наличие в анамнезе более 2-х перенесенных операций;
- использование дренажных трубок и грубого шовного материала;
- снижение функциональной деятельности печени;
- недостаточный опыт в билиарной хирургии оперирующего врача;
- формирование билиобилиарного анастомоза;
- тяжелые послеоперационные осложнения;
- наличие регургитационного холангита.

Выявленные предикторы возникновения рестриктур ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов позволили при выполнении оперативных вмешательств придерживаться ряда положений, которые позволяют свести до минимума риск развития рецидивов стриктур.

1. Полное иссечение рубцовых тканей протока с последующим сопоставлением неизмененных слизистых протоков и кишки.

2. Формирование анастомоза с петлей кишки, выключенной по Ру.

3. Создание широкого билиодигестивного анастомоза, диаметром не менее 15 мм, с использованием мононитей не толще 4/0 на атравматической игле.

4. Формирование высокого (на уровне соединения левого и правого желчных протоков) билиодигестивного анастомоза в зоне с хорошим сохранением кровоснабжением, отсутствием рубцовых тканей и локальных воспалительных участков.

5. Проведение местной и общей антиоксидантной, антигипоксической и антибактериальной терапии.

Таким образом, при лечении пациентов с рестриктурой ВЖП и сформированных билиодигестивных анастомозов необходим комплексный подход с учётом предикторов рецидива стриктур, который позволяет в каждом конкретном случае выбрать наиболее оптимальный вариант хирургической коррекции

Заключение

1. Одной из причин риска возникновения рестриктур желчных протоков и сформированных билиодигестивных анастомозов является локальное повышение уровня продуктов ПОЛ и цитокинов.

2. Включение в комплекс консервативной терапии повреждений ВЖП антигипоксантов и антиоксидантов в значительной степени снижают частоту риска развития рестриктур ВЖП.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 8-9 см. в REFERENCES)

1. Борисов А.Е. Чрескожные эндобилиарные вмешательства в лечении рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов // *Анналы хирургической гепатологии*. 2003. Т.8, № 2. С.83-86.

2. Вишневецкий В.А., Назаренко Н.А. Резекции печени в лечении посттравматических рубцовых стриктур желчных протоков и желчно-гнойных печеночных свищей // *Анналы хирургической гепатологии*. 2003. Т. 8, № 2. С. 85.

3. Гальперин Э.И. Причины развития, диагностика и хирургическое лечение стриктур долевых и сегментарных печеночных протоков // *Хирургия*. 2005. № 8. С. 64 - 70.

4. Гальперин Э.И. и др. Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных протоков // *Хирургия*. 2004. № 5. С. 26-31.

5. Колосовский Я.В. Пути оптимизации диагностики и лечения рубцовых стриктур желчных протоков: автореф. дисс. ... канд. мед.наук. Санкт-Петербург, 2013. 24 с.

6. Самратов Т.У., Токсанбаев Д.С., Ибекенов О.Т. Результаты хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков // *Вестник хирургии Казахстана*. 2009. №1 (17). С. 3 - 6.

7. Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б. Морфофункциональная оценка развития соединительной ткани в стенке гепатикохоледоха при рубцовых стриктурах желчных протоков // *Материалы XVI международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ: «Актуальные проблемы хирургической гепатологии»*. Екатеринбург, 2009. С. 37-38.

RESERENSES

1. Borisov A. E. Chreskoznyne endobiliarnye vmeshatelstva v lechenii rubtsovykh striktur zhelchnykh protokov i biliodigestivnykh anastomozov [Endobiliary Percutaneous intervention in the treatment of scar strictures of the bile duct and anastomosis biliodigestive]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 2003, Vol. 8, No. 2, pp. 83-86.

2. Vishnevskiy V. A., Nazarenko N. A. Rezeksii pecheni v lechenii posttravmaticheskikh rubtsovykh striktur zhelchnykh protokov i zhelchno-gnoynykh pechenochnykh svishchey [Liver resection in the treatment of post-traumatic scar strictures of the

bile ducts and gall-pyogenic hepatic fistulas]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 2003, Vol. 8, No. 2, pp. 85.

3. Galperin E. I. Prichiny razvitiya, diagnostika i khirurgicheskoe lechenie striktur dolevykh i segmentarnykh pechenochnykh protokov [The reasons for the development of diagnostics and surgical treatment of stricture of equity and segmental hepatic ducts]. *Khirurgiya – Surgery*, 2005, No. 8, pp. 64-70.

4. Galperin E. I., Diagnostika i lechenie razlichnykh tipov vysokikh rubtsovykh striktur pechenochnykh protokov [Diagnosis and treatment of various types of high-scarring stricture of hepatic ducts]. *Khirurgiya – Surgery*, 2004, No. 5, pp. 26-31.

5. Kolosovskiy Ya. V. Puti optimizatsii diagnostiki i lecheniya rubtsovykh striktur zhelchnykh protokov. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Ways of optimization of diagnostics and treatment of scar stricture of bile ducts. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. St. Petersburg, 2013. 24 p.

6. Samratov T. U., Toksanbaev D. S., Ibekenov O. T. Rezultaty khirurgicheskogo lecheniya bolnykh s rubtsovymi strikturami zhelchnykh protokov [Results of surgical treatment of patients with cicatricial strictures of the bile ducts]. *Vestnik khirurgii Kazakhstana – Herald of Surgery of Kazakhstan*, 2009, No. 1, Vol. 17, pp. 3-6.

7. Seysembaev M. A., Baymakhanov B. B. [The morpho-functional assessment of development of connective tissue in the wall of hepaticocholedochus during scar strictures of the bile ducts]. *Materialy XVI mezhdunarodnogo kongressa khirurgov-gepatologov stran SNG: "Aktualnye problemy khirurgicheskoy gepatologii"* [Proceedings of the XVI International Congress of surgeons-hepatologists of CIS: "Actual problems of surgical hepatology"]. Ekaterinburg, 2009, pp. 37-38. (In Russ.)

8. Kolosovsky J. V. Results of repeated reconstructive surgery for bile duct strictures following cholecystectomy. *World Journal of Surgery*, 2011, Vol. 35, pp. 461.

9. John Y., Kim J., Debra A. Imaging and management of leaks and fistulas. *Seminars in Interventional Radiology*, 2003, Vol. 20, pp. 217-224.

Сведения об авторах:

Курбанов Каримхон Муродович – зав. кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, академик АМН РТ, заслуженный деятель науки и техники РТ, д.м.н., профессор

Расулов Назир Аминович – зав. кафедрой хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Назирбоев Кахрамон Рузиевич – асс. кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ, к.м.н.

Контактная информация:

Назирбоев Кахрамон Рузиевич – тел.: +992934054404; e-mail: dr.hero85@mail.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 614.2

¹Макаренко О.А., ¹Алянский А.Л., ¹Иванова Н.Е., ¹Головачёва А.А., ¹Кузьмич Е.В., ¹Кучер М.А.,
¹Бабенко Е.В., ¹Эстрина М.А., ¹Певцов Д.Э., ²Баховадинов Б.Б., ¹Афанасьев Б.В.

РОЛЬ РАЗВИТИЯ РЕГИСТРА НЕРОДСТВЕННЫХ ДОНОРОВ КОСТНОГО МОЗГА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОИСКА

¹НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

¹Makarenko O.A., ¹Alyanskiy A.L., ¹Ivanova N.E., ¹Golovacheva A.A., ¹Kuzmich E.V., ¹Kucher M.A.,
¹Babenko E.V., ¹Estrina M.A., ¹Pevtsov D.E., ²Bakhovadinov B.B., ¹Afanasyev B.V.

THE ROLE OF UNRELATED DONOR BONE MARROW REGISTRY DEVELOPMENT IN RUSSIAN FEDERATION AND EFFECTIVENESS OF SEARCH

¹Raisa Gorbacheva Memorial Institute for Children Oncology, Hematology and Transplantation, Saint-Petersburg, Russian Federation

²First State Pavlov Medical University of Saint-Petersburg

Цель исследования. Увеличить вероятность успешного поиска неродственного донора гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) для граждан Российской Федерации и стран СНГ с помощью российской поисковой системы «Bone Marrow Donor Search» («BMDS»).

Материал и методы. С 2012 года в НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой проводятся мероприятия, направленные на организацию, развитие и внедрение в клиническую практику поисковой системы «BMDS» (www.bmds.info), включающей в себя данные 13 российских регистров о донорах ГСК. С ноября 2012 года по март 2016 года в исследование включено 34 реципиента аллогенной трансплантации ГСК (аллоТГСК) с онкологическими и гематологическими заболеваниями, для которых был найден HLA-совместимый донор с помощью «BMDS».

Результаты. В настоящее время система «BMDS» включает данные 50 тыс. потенциальных доноров ГСК, что позволило за 3,5 года выполнить 34 неродственных аллоТГСК от доноров из российских регистров: 2012 год – 1; 2013 год – 3; 2014 год – 5; 2015 год – 21; 1 квартал 2016 года – 4. По данным 2015 года, эффективность поиска в «BMDS» составила рекордные 14% (n=17). В 30 случаях (88,2%) отмечалась полная совместимость – 10/10 по 5 локусам HLA-генов в паре донор-реципиент, в 4-х случаях (11,8%) неполная – 9/10. Полная совместимость по антигенам эритроцитов системы АВ0 отмечалась только в 7 случаях (20,6%). Содержание CD34⁺кл в трансплантате составило 1,2-12,0x10⁶ CD34⁺кл/кг, медиана – 5,0x10⁶. Приживление трансплантата отмечалось в 79,4% случаев (n=27).

Выводы. Отмечается постепенное повышение эффективности поиска HLA-совместимого неродственного донора ГСК с помощью системы «BMDS» для граждан РФ и СНГ при сравнимом качестве трансплантата по сравнению с международной базой данных «BMDW».

Ключевые слова: трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, поиск неродственного донора костного мозга, «BMDS»

Aim. To increase the incidence of successful search for an unrelated donor of bone marrow for citizens of Russian Federation and CIS countries via Russian search system «Bone Marrow Donor Search» («BMDS»).

Materials and methods. Since 2012 several measures are being held in Raisa Gorbacheva Memorial Institute for Children Oncology, Hematology and Transplantation to develop and to promote «BMDS» service, which now include data from 13 Russian registries. From November 2012 to March 2016 34 patients with malignancies and hematology diseases were enrolled to the study to undergo alloHSCT: all patients were found HLA-compatible donor in «BMDS».

Results. Currently «BMDS» includes 50 000 potential donors, which allowed to perform 34 alloHSC from HSC donors recruited in Russian registries for 3,5 years: 2012 year – 1; 2013 year – 3; 2014 year – 5; 2015 year – 21; 1 quarter of 2016 year – 4. Effectiveness of search was greatest in 2015 year – 14% (n=17), which is a historical maximum. In 30 cases (88,2%) – 10/10 HLA-compatibility was observed, in 4 cases (11,8%) – 9/10 HLA-compatibility. ABO-compatible HSCT were only in 7 cases (20,6%). Engraftment was observed in 79,4% of cases (n=27).

Conclusion. Increasing efficiency of search with the use of «BMDS» for a HLA-compatible unrelated HSC donor for Russian and CIS citizens was found, with comparable quality of graft in comparison with international database «BMDW».

Key words: *hematopoietic stem cell transplantation, bone marrow donor search, «BMDS»*

Актуальность

Аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (аллоТГСК) – один из наиболее эффективных методов лечения гематологических, онкологических, наследственных заболеваний и ряда солидных опухолей [4]. В настоящее время потребность в аллоТГСК в Российской Федерации составляет более 4-х тысяч в год, что соответствует трансплантационной активности ряда лидирующих европейских стран в области трансплантации костного мозга [6]. Успешное выполнение аллоТГСК невозможно без наличия HLA-совместимого донора костного мозга. Первоначальный поиск донора проводится среди доноров-родственников, однако только у 10-15% россиян может быть найден совместимый по генам системы HLA родственник. В случае отсутствия донора в семье последующий поиск неродственного донора осуществляется в международном регистре – «Bone Marrow Donors Worldwide» («BMDW»), объединяющим около 27 млн. доноров по всему миру, что сопряжено со значительными организационными сложностями и финансовыми

затратами. Однако, из-за особенностей генотипа только для 80-85% россиян может быть найден HLA-совместимый неродственный донор в международной базе данных. Создание единого российского регистра доноров костного мозга и on-line платформы – «Bone Marrow Donor Search» («BMDS», www.dmds.info) позволит увеличить доступность аллоТГСК, значительно упростить и удешевить поиск неродственного донора гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) для пациентов – граждан России. Первые результаты работы регистра доноров костного мозга на базе НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачёвой (НИИ ДОГиТ им. Р.М.Горбачёвой) показали свою эффективность и востребованность среди трансплантационных центров Российской Федерации и Республики Казахстан.

Материал и методы исследования

Российская поисковая система «BMDS» активно развивается с 2013 года и в настоящее время включает информацию из 13 регистров и содержит в себе более 50 тысяч HLA-фенотипов потенциальных доноров (табл. 1).

Таблица 1

Список регистров доноров гемопоэтических стволовых клеток, вошедших в российскую поисковую систему «BMDS»

Код	Название регистра
TSE	Научно-производственный центр трансфузиологии МЗ РК, г. Астана, Казахстан
LED	НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
CEK	Челябинская областная станция переливания крови, г. Челябинск, Россия
TGA	Центр детской онкологии и гематологии, ОДКБ №1, г. Екатеринбург, Россия
KUF	Самарская станция переливания крови, г. Самара, Россия
KVX	ФГБУ "Российский медицинский научно-производственный центр «Росплазма»", г. Киров, Россия
GSR	Регистр ФГБУ Гематологический научный центр МЗ РФ, г. Москва, Россия
NHC	ГБУЗ НСО «Новосибирский центр крови», г. Новосибирск, Россия
ROV	Станция переливания крови Ростовской области, Россия
KZN	Регистр Казанского федерального университета, г. Казань, Россия
RIN	Российский НИИ гематологии и трансфузиологии, г. Санкт-Петербург, Россия
HMA	АУ «Югорский НИИ клеточных технологий», г. Ханты-Мансийск, Россия
SVX	Регистр Свердловской областной клинической больницы, г. Екатеринбург, Россия

При сохранении текущих темпов развития со временем «BMDS» приобретёт ведущее значение в поиске доноров ГСК для граждан России. Настоящая поисковая система является бесплатной для профильных медицинских учреждений Российской Федерации и Республики Казахстан, длительность поиска составляет 1-3 месяца.

Учитывая малую численность потенциальных доноров в «BMDS» и высокий полиморфизм

HLA-генов у жителей России, использование для поиска неродственного донора только российской платформы не представляется возможным из-за риска ненахождения донора ГСК. В связи с этим в НИИ ДОГиТ им. Р.М.Горбачёвой разработан алгоритм поиска, позволяющий максимально эффективно использовать настоящие мощности «BMDS» без риска задержки выполнения аллоТГСК (рис. 1).

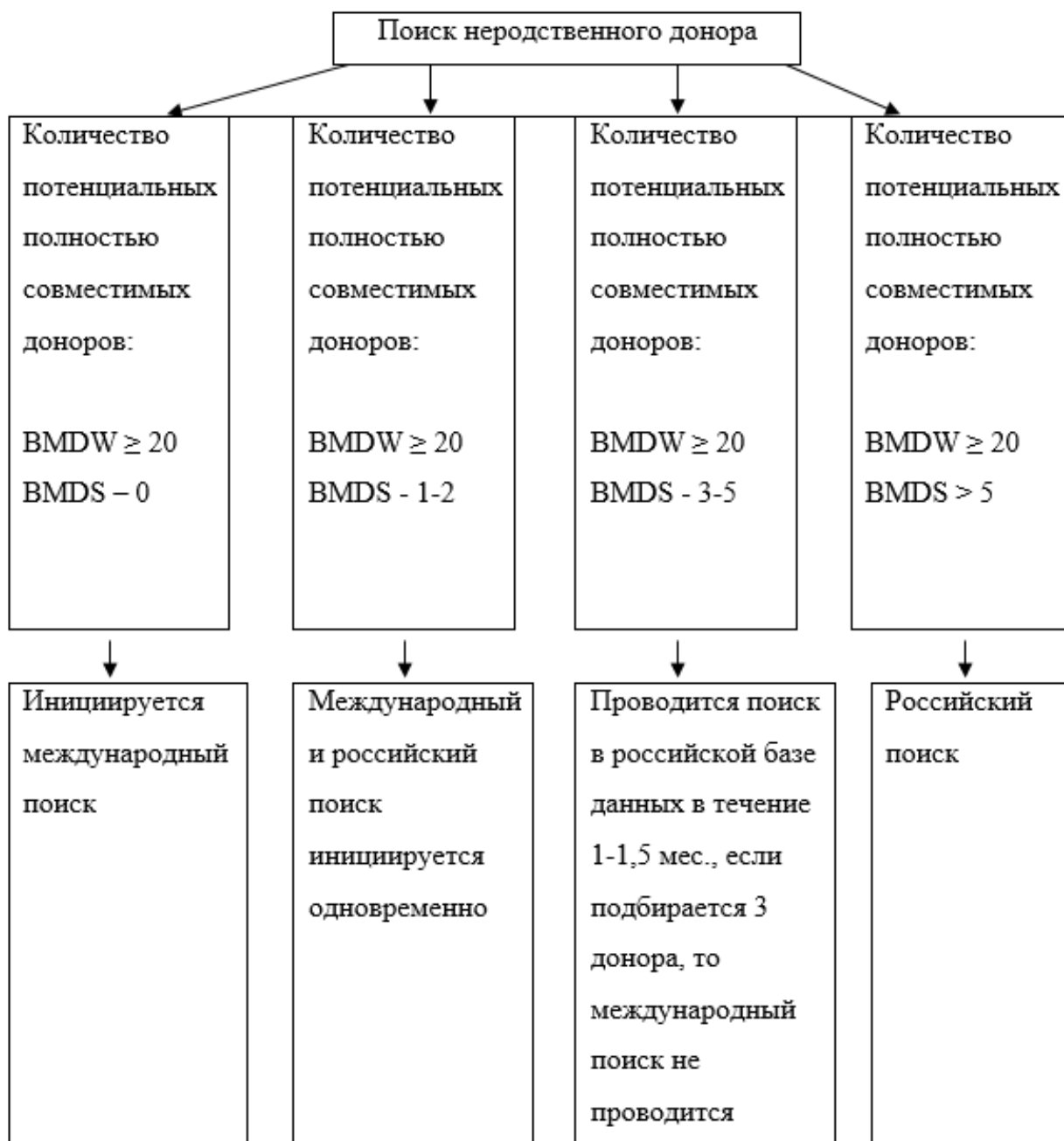


Рис. 1. Алгоритм поиска неродственного донора гемопоэтических стволовых клеток с помощью российской поисковой системы «Bone Marrow Donor Search» и международной системы «Bone Marrow Donors Worldwide»

Примечание: BMDW – международная поисковая система;
BMDS – российская поисковая система

Активная разработка поисковой системы «BMDS» и внедрение её в клиническую практику позволили с ноября 2012 года по март 2016 года включить в исследование 34 реципиента аллотГСК с онкологическими и гематологическими заболеваниями, для которых был найден HLA-совместимый донор в НИИ ДОГиТ им. Р.М.Горбачёвой.

Перед заготовкой трансплантата все доноры ГСК подвергались обследованию на наличие вирусной инфекции в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа: цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейна-Барр (ЭБВ), вирус простого герпеса тип-1 (ВПГ-1) и тип-2 (ВПГ-2) и паразитарной инфекции: токсоплазмоз (*Toxoplasma gondii*), обладающей определенным негативным влиянием на течение посттрансплантационного периода [2].

Результаты и их обсуждение

В России из-за особенностей социального устройства общества (семьи с малым количеством детей) и многонационального населения, по нашим данным, только 10-15% больных имеют совместимого по генам HLA-системы

родственного донора. Пациентам, у которых нет родственного донора ГСК, необходимы альтернативные источники трансплантата: неродственный донор; гаплоидентичный родственный донор; ГСК пуповинной крови [1].

Поиск HLA-совместимого неродственного донора на данный момент возможен в международной поисковой системе «BMDW» и российском аналоге – «BMDS» – обезличенных on-line данных HLA-фенотипов потенциальных доноров костного мозга. С помощью информации, предоставленной «BMDW» и «BMDS», трансплантационный центр может определить наличие потенциальных доноров у пациента, что является необходимым начальным этапом для подготовки к аллотГСК. В случае достаточного количества доноров инициируется активация поиска.

За 3,5 года выполнено 34 неродственных аллотГСК от доноров из российских регистров: 2012 год – 1; 2013 год – 3; 2014 год – 5; 2015 год – 21; 1 квартал 2016 года – 4. По данным 2015 года, эффективность поиска в «BMDS» составила рекордные 14% (n=17) (рис. 2)..

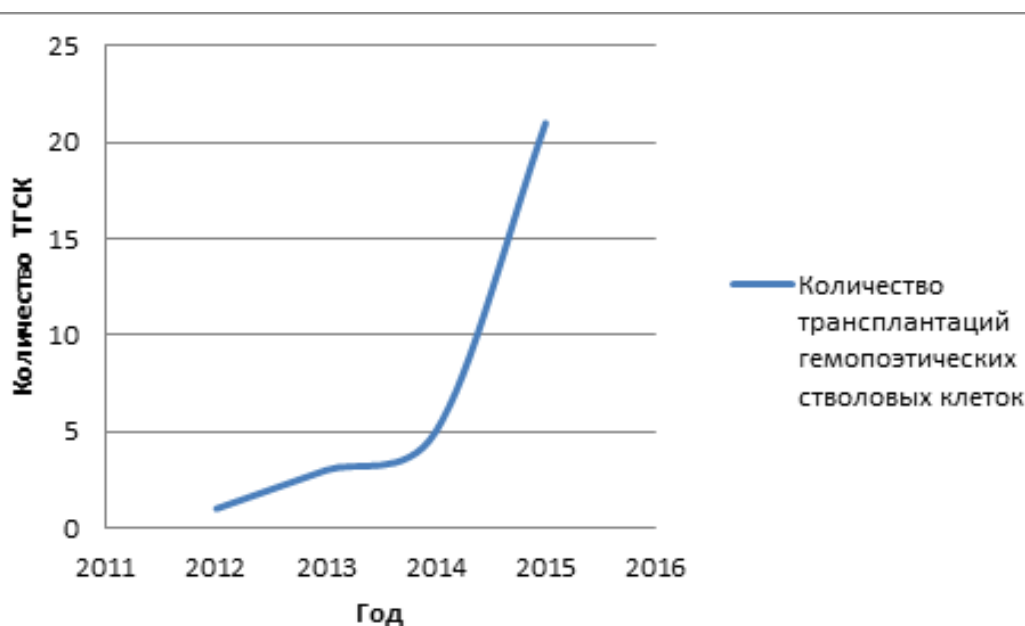


Рис. 2. Динамика выполнения аллогенных неродственных трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток от доноров из российских регистров в НИИ ДОГиТ им. Р.М.Горбачёвой

В 30 случаях (88,2%) отмечалась полная совместимость – 10/10 по 5 локусам HLA-генов в паре донор-реципиент, в 4-х случаях (11,8%) – неполная – 9/10. Полная совместимость по антигенам эритроцитов системы АВ0 отмечалась только в 7 случаях (20,6%). В 15 случаях (44,1%) для заготовки трансплантата использовалась операция миелоэкспузии, в 19 случаях (55,9%)

– процедура аппаратного афереза для получения периферических стволовых клеток крови. Содержание CD34⁺кл в трансплантате составило 1,2-12,0x10⁶ CD34⁺кл/кг, медиана – 5,0x10⁶ (табл. 2). Приживление трансплантата отмечалось в 79,4% случаев (n=27), неприживление в 17,7% случаев (n=6), ранняя посттрансплантационная летальность в 2,9% случаев (n=1).

Характеристика доноров гемопоэтических стволовых клеток и пары «донор-реципиент»

Показатель	Значение
Пол донора	
Мужчина	61,8%
Женщина	35,3%
Нет данных	2,9%
Возраст донора, лет; медиана	20-52; 33,6
HLA-совместимость	
Полная 10/10	88,2%
Неполная 9/10	11,8%
ABO-совместимость	
Полная	20,6%
Большая несовместимость	32,4%
Малая несовместимость	23,5%
Комбинированная несовместимость	23,5%
Источник трансплантата	
Костный мозг	44,1%
Периферические стволовые клетки крови	55,9%
CD34⁺кл/кг в трансплантате; медиана	1,2-12,0x10⁶; (5,0x10⁶)

Российские регистры доноров костного мозга наиболее успешно и динамично развиваются с 2014 года. В 2015 году при поддержке «Русфонда» (Российский Фонд Помощи) был создан Национальный регистр доноров костного мозга имени Васи Перевощикова (<http://www.rusfond.ru/register/036>), данные которого полностью представлены в поисковой системе «BMDS».

В НИИ ДОГиТ им. Р.М.Горбачевой – одном из ведущих трансплантационных центров в России – в 2015 году было проведено 133 аллоТГСК от полностью или частично совместимых неродственных доноров, из них только для 14% пациентов было возможно найти донора из российской базы данных.

Важным фактором в поиске неродственного донора является его продолжительность, которая в среднем составляет 3 месяца от момента запроса на активацию поиска неродственного донора до даты трансплантации при использовании международной базы данных [5]. Поиск в российской базе данных от момента запроса донора до активации длится столько же, но может занимать более длительное время.

Стоит отметить, что ключевое значение при поиске неродственного донора костного мозга, имеет не только скорость получения трансплантата, но и его качество, которое в первую оче-

редь определяется содержанием ГСК (CD34⁺) на 1 кг массы тела реципиента. Низкая клеточность трансплантата – менее $4,0 \times 10^6$ CD34⁺ кл/кг, может иметь определяющее негативное влияние на исход аллоТГСК при различных онкогематологических заболеваниях [3].

Выводы

Дальнейшее развитие Национального российского регистра доноров костного мозга и информационно-поисковой платформы «BMDS» позволит осуществлять успешный поиск неродственного донора для большего количества пациентов в России и странах СНГ. Также это сократит время поиска, снизит финансовые затраты для поиска и активации донора, заготовки трансплантата: около 300 тыс. рублей против 18-30 тысяч евро в ЕС или 30-50 тысяч долларов в США в зависимости от страны проживания донора.

Первостепенными направлениями работы по совершенствованию донорства костного мозга являются:

1. создание единых регламентирующих документов для стандартизации работы между регистрами, трансплантационными центрами, страховыми компаниями;

2. создание условий для дальнейшего увеличения количества потенциальных доноров костного мозга в «BMDS»;

3. повышение качества HLA-типирования;
4. обеспечение социального пакета донорам костного мозга (медицинское страхование, оплата проезда к месту донорства и оплата проживания);
5. создание экспресс-доставки биологических образцов между учреждениями;
6. внедрение единого протокола заготовки трансплантата и оценки его качества;
7. популяризация донорства костного мозга;
8. создание рабочей группы включающей специалистов по трансплантации костного мозга для оценки результатов выполненных аллотГСК от российских доноров.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-6 см. в REFERENCES)

1. Афанасьев Б.В. Аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток у детей: настоящее, проблемы, перспективы // Росс. Журнал детской гематологии и онкологии. 2015. Т.2, №2. С.28-42

2. Ширяев С.Н. Эффективность аллогенной трансплантации костного мозга у детей с острыми лейкозами в зависимости от ЦМВ-статуса реципиента и донора: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 2014. 22 с.

RESERENSES

1. Afanasev B. V. Allogennaya transplantatsiya gemo-poeticheskikh stvolovykh kletok u detey: nastoyashchee, problemy, perspektivy [Allogeneic transplantation of hematopoietic stem cells in children: now, problems and prospects]. *Rossiyskiy Zhurnal detskoj gematologii i onkologii - Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology*, 2015, Vol. 2, No. 2, pp. 28-42

2. Shiryaev S. N. *Effektivnost allogennoy transplantatsii kostnogo mozga u detey s ostrymi leykozami v zavisimosti ot CMV-statusa retsipienta i donora*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [The efficacy of allogeneic bone marrow transplantation in children with acute leukemia, depending from the CMV status of the donor and recipient. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. 2014. 22 p.

3. Gindina T., Mamaev N., Alyanskiy A., Outcome of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation in patients with KMT2A (MLL)-related leukemia, depending on number of transplanted CD34+ cells. *Bone Marrow Transplant*, 2015, Vol. 50, S. 1, pp. 481

4. Gratwohl A., Hematopoietic stem cell transplantation: a global perspective. *JAMA*, 2010, Vol. 303, No. 16, pp. 1617-1624.

5. Lown R. N. Beating the odds: factors implicated in the speed and availability of unrelated haematopoietic cell donor provision. *Bone Marrow Transplant*, 2013, Vol. 48, No. 2, pp. 210-219

6. Passweg J. R., Baldomero H., Peters C., Hematopoietic SCT in Europe: data and trends in 2012 with special

consideration of pediatric transplantation. *Bone Marrow Transplant*, 2014, Vol. 49, No. 6, pp.744-750.

Сведения об авторах:

Макаренко Ольга Александровна – врач клинической лабораторной диагностики лаборатории «Регистр доноров костного мозга», НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия

Алянский Александр Леонидович – врач клинической лабораторной диагностики, заведующий лабораторией «Регистр доноров костного мозга», НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия

Иванова Наталья Евгеньевна – врач клинической лабораторной диагностики, заведующая лабораторией тканевого типирования НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия

Головачева Алла Александровна – врач-трансфузиолог лаборатории «Регистр доноров костного мозга», НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия

Кузьмич Елена Витальевна – врач клинической лабораторной диагностики лаборатории тканевого типирования, НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия, к.б.н.

Кучер Максим Анатольевич – руководитель отдела клинического питания НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия, к.м.н.

Бабенко Елена Витальевна – заведующая отделением криоконсервации с лабораторией контроля качества гемопоэтических клеток, НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия

Эстрина Мария Аркадьевна – врач-трансфузиолог, заведующая отделением клинической трансфузиологии, НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия

Певцов Дмитрий Эдуардович – врач-трансфузиолог, руководитель отдела трансфузиологии НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия

Баховадинов Бурхонидин Баховадинович – профессор кафедры гематологии, трансфузиологии и трансплантологии ФПО ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия, д.м.н.

Афанасьев Борис Владимирович – директор НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия, д.м.н., профессор

Контактная информация:

Баховадинов Бурхонидин Баховадинович – тел.: +79650346812; e-mail: blood_bbb@mail.ru

¹Нозиров Дж.Х., ¹Нарзуллаева А.Р., ²Исомидинов А.И.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТАДЖИКИСТАНА

¹Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра восточной медицины, физиотерапии и лечебной физкультуры ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Nozirov Dzh.Kh., ¹Narzullaeva A.R., ²Isomidinov A.I.

THE PREVALENCE OF CHRONIC MENTAL AND EMOTIONAL STRESS AMONG THE UNORGANIZED COUNTRYSIDE POPULATION OF TAJIKISTAN

¹Department of Cardiology with the Course of Clinical Pharmacology of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

²Department of oriental medicine, physical therapy and exercise therapy

Цель исследования. Скринирующим методом изучить распространенность хронического психоэмоционального напряжения (ХПЭН) среди сельской популяции Республики Таджикистан (РТ).

Материал и методы. Комплексным скрининговым исследованием обследовано 16 500 чел. (7193 мужчин – 43,6% и 9307 женщин – 56,4%) в возрасте 15-59 лет. Для определения уровня стресса была использована шкала Л.Ридера, которая включала 7 вопросов с 4 вариантами ответа на них. Последующая интерпретация уровня психоэмоционального напряжения осуществлялась по значению среднего суммарного балла, а именно: 1-2 балла у мужчин и 1-1,62 балла у женщин расценивали как высокий; 2,01-3 балла у мужчин и 1,63-2,82 балла у женщин расценивали как средний; 3,01-4 балла у мужчин и 2,83-4 балла у женщин расценивали как низкий.

Результаты. В целом по республике 40,2±1,7% из числа обследованных (35,2±1,1% мужчин и 44,1±1,0% женщин) были подвержены воздействию стресса. Установлена поло-возрастная зависимость уровня ХПЭН с наибольшей частотой обнаружения у мужчин в возрасте 55-59 лет (45,4±2,6%). У женщин подобная закономерность отмечена в возрасте до 54 лет, далее (в 55-59 лет) отмечено некоторое её снижение. Достоверное половое различие (в 1,4 раза) в распространенности ХПЭН отмечено в диапазоне 45-54 лет. Сравнительный анализ распространенности фактора ХПЭН среди населения различных регионов нашей страны выявил достаточно высокую его распространенность среди жителей Вахдатского района РРП – 60,4% (56,5% – у мужчин и 63,2% – у женщин), меньшую – среди жителей Турсунзаде – 48,9% (36,1% – у мужчин и 58,0% – у женщин). Наименьшие показатели у жителей Ванчского района ГБАО – 22,5% (23,5% – мужчин и 21,7% – женщин) и Ганчинского района Согдийской области – 25,2% (22,5% – мужчин и 27,5% – женщин).

Заключение. С учётом выявленных регионарных и поло-возрастных особенностей полученных в ходе скринингового исследования имеется настоятельная необходимость усиления профилактической работы среди населения обследованных регионов.

Ключевые слова: кардиоваскулярная патология, скрининг, хроническое психоэмоциональное напряжение

Aim. Screened method to investigate the prevalence of chronic emotional stress among the countryside population of the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. Comprehensive screening study examined 16,500 people. (7193 men – 43,6% and 9307 women – 56,4%) in the age of 15-59 years. To determine the level of stress L. Ridera scale was used, which included 7 questions with 4 replies to them. Evaluation of the level of emotional stress was carried out according to value of the mean summary score: 1-2 points for men and 1-1,62 points for women regarded as high; 2,01-3 points for men and 1,63-2,82 for women points regarded as average; 3,01-4 points for men and 2,83-4 points for women regarded as low.

Results. In the both of country 40,2±1,7% of the number of surveyed (35,2±1,1% of men and 44,1±1,0% women) were exposed to stress. It is established that gender and age dependence of chronic emotional stress level with the highest frequency of detection in men aged 55-59 years (45,4±2,6%). In women, such a pattern observed aged under 54 years onwards (in 55-59 years) it was a slight decline. Faithful gender difference (1,4 times) in the prevalence of chronic emotional stress observed in the range 45-54. Comparative analysis of the prevalence of factor chronic emotional stress the population of different regions of the country showed relatively high prevalence among residents of Vakhdat district RRS – 60,4% (56,5% – men and 63,2% – women), less – among the residents of Tursunzade – 48,9% (36,1% - men and 58,0% - women). The lowest indicators at inhabitants of Vanj district of GBAO – 22,5% (23,5% – men and 21,7% – women) and Ganchi district of Sughd region – 25,2% (22,5% – men and 27,5% – women).

Conclusion. Taking into account the identified of regional and polo-age features there is an urgent need to strengthen of preventive work among the population of surveyed regions.

Key words: cardiovascular disease, screening, chronic psihoemotsionalnoe stress

Актуальность

В последние десятилетия неуклонно растёт интерес к изучению роли психологических и психосоциальных факторов в становлении, клиническом течении и прогнозе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Экспертами ВОЗ прогнозируются увеличение числа психических расстройств невротического уровня в наступившем XXI веке. Психоэмоциональные стрессы наряду с курением, гиподинамией, избыточной массой тела, несбалансированной питании, артериальной гипертензией входят в число главных, так называемых больших факторов риска [5, 19]. Установлено, что психоэмоциональные нарушения, являясь фактором риска (ФР) развития артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС), неблагоприятно влияют на течение этих болезней. Постоянная или периодическая аффективная напряженность, неизменно протекающая с ангиоспастическими явлениями и повышением общего периферического сосудистого сопротивления, постепенно приводит к стабилизации артериального давления на высоких уровнях с повышенным риском развития церебральных и коронарных ишемических эпизодов [3, 6, 16]. При хроническом стрессе сердце начинает работать с повышенной нагрузкой, как следствие, повышается АД, ухудшается доставка кислорода и питательных веществ к органам и тканям, поэтому для снижения риска развития ССЗ от стресса необходимо выявить факторы его возникновения и уменьшить их влияния [9, 10].

Современная цивилизация характеризуется резким повышением информационных и психических нагрузок, приводящих к усложнению социальной адаптации [4, 11]. Это в свою очередь приводит к резкому возрастанию доли лиц с психическими и, особенно, депрессивными расстройствами. В настоящее время среди больных общесоматического профиля доля депрессивных расстройств колеблется от 10% до 33% [14]. Экспертами ВОЗ установлено, что депрессия к 2020 году после ИБС будет второй по значимости причиной инвалидиза-

ции и смертности населения земного шара. У 24% больных сахарным диабетом и более 33% больных, перенесших мозговую инсульт, и 16-19% больных ИБС отмечалась так называемая «большая депрессия». Установлены тесные связи между ростом уровня заболеваемости ИБС у лиц с психологической характеристикой типа «А» [1]. Роль социально-психологических, психогенных и личностных факторов в развитии ССЗ, в частности АГ и ИБС, была доказана в многоцентровом исследовании КООРДИНАТ (Клиническая эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике) [12, 15].

Психическое здоровье и проблемы, связанные с ним, предположительно ответственны за 19,5% DALYS и расцениваются как ведущая причина периода жизни человека, прожитого с инвалидностью [17].

Результатами многочисленных исследований установлено, что глобальные социальные потрясения во многих странах вызвали рост смертности от инфаркта миокарда и других острых форм ИБС [4, 11, 13, 14, 18]. Подобная ситуация сложилась и у нас в стране. Последствия конфликта 90-х годов привели к росту доли лиц с низким социально-экономическим статусом, значительному росту уровня как острых, так и хронических стрессовых проявлений и, как следствие, уровня заболеваемости, смертности и инвалидности от ССЗ. Так, скрининговые исследования, осуществленные в 2000-2006 гг. на примере одного региона республики (Вахдатский район), обнаружили, что более 60% населения имеют средний и высокий уровни психоэмоционального напряжения [2], и только за период от 2005-2014 гг. отмечен рост ССЗ в этом регионе в 2,9 раза [7, 8].

Важным в плане профилактики ИБС и АГ наряду с устранением других поведенческих факторов риска считается модификация факторов ХПЭН, реализация которой невозможна без знания причин их развития, региональных, поло-возрастных и др. особенностей их распространения. Поскольку в нашей стране ранее не проводились

эпидемиологические исследования, изучающие распространенность ХПЭН с широким охватом населения всех регионов, нами решено провести настоящее исследование.

Материал и методы исследования

Комплексным скрининговым исследованием обследовано всего 16 500 чел. (7193 мужчин – 43,6% и 9307 женщин – 56,4%) в возрасте 15-59 лет. 3238 человек из числа обследованных составляла репрезентативная выборка Вахшского района Хатлонской области, 3024 человек – Ганчинского района Согдийской области, 3326 человек – Ванчского района Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО), 5000 чел. – Вахдатского и 1912 человек – Турсунзадевского районов республиканского подчинения (РРП).

Для определения уровня стресса была использована шкала Л. Ридера, которая включала 7 вопросов с 4 вариантами ответа на них («да, согласен», «скорее согласен», «скорее не согласен», «нет, не согласен»). Последующая интерпретация уровня психоэмоционального напряжения осуществлялась по значению среднего суммарного балла, а именно: 1-2 балла у мужчин и 1-1,62 балла у женщин расценивали как высокий; 2,01-3 балла у мужчин и 1,63-2,82 балла у женщин расценивали как средний; 3,01-4 балла у мужчин и 2,83-4 балла у женщин расценивали как низкий.

Результаты и их обсуждение

Обследование населения Вахшского района Хатлонской области на подверженность ХПЭН

выявило их наличие у $36,0 \pm 1,7\%$ обследованных: $27,1 \pm 2,3\%$ мужчин и $43,2 \pm 2,3\%$ женщин ($P < 0,005$). До возраста 54 лет обнаружена положительная возрастная связь с наибольшей частотой обнаружения у мужчин в возрастном интервале 55-59 лет – $45,8 \pm 6,6\%$, а у женщин в диапазоне 45-54 лет – $68,7 \pm 5,6\%$. Выявлено, что с 25 лет и старше им чаще всего страдали лица женского, а до 25 лет – мужского пола. Высокая частота психоэмоционального напряжения у женщин в более старших возрастных группах связано с их репродуктивным периодом, большей их ответственностью в воспитании детей, семейными заботами.

Скрининговое исследование населения Ганчинского района Согдийской области на наличие ХПЭН показало, что из 3024 обследованных $25,2 \pm 1,6\%$ имели высокие и средние уровни психоэмоционального напряжения ($22,5 \pm 2,3\%$ мужчин и $27,5 \pm 2,2\%$ женщин). В зависимости от пола и возраста высокая распространенность психоэмоционального напряжения как у лиц мужского, так и женского пола выявлена в возрастном диапазоне 55-59 лет ($35,0 \pm 6,3\%$ и $43,5 \pm 7,2\%$, соответственно). Меньшая подверженность ХПЭН среди мужчин установлена в возрасте 15-24 лет ($16,9 \pm 3,9\%$), среди женщин в диапазоне 25-34 лет ($21,3 \pm 4,0\%$). Отмечено преобладание женщин со стрессом во всех возрастных группах, по сравнению с мужчинами с достоверным различием в диапазоне 45-54 лет ($P < 0,005$) (рис.1).

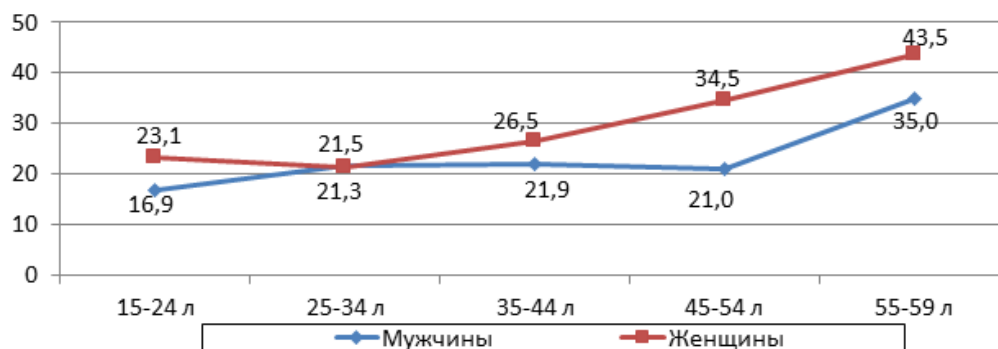


Рис. 1. Частота ХПЭН у обследованного населения Ганчинского района Согдийской области в зависимости от пола и возраста ($P \pm 2m$)

Следует отметить, что, по сравнению с обследованными Вахшского района Хатлонской области, уровень стресса у населения Ганчинского района Согдийской области оказался намного меньше, в особенности в старших возрастных группах (45-54 и 55-59 лет), что нами объясняется степенью урбанизации населения Ганчинского района, большей занятостью населения физическим трудом, неразвитой системой информации.

Обследование населения Ванчского района ГБАО выявило высокий уровни стресса у $22,5 \pm 1,4\%$

обследованных, в том числе у $23,5 \pm 2,2\%$ мужчин и у $21,7 \pm 1,9\%$ женщин. Установлена возрастная корреляция уровня ХПЭН с наибольшей частотой обнаружения в интервале 45-54 лет у лиц обоих полов ($37,6 \pm 5,24\%$ – у женщин и $32,7 \pm 6,24\%$ – у мужчин). Далее отмечено её снижение, достоверно чаще (в 1,6 раза) у лиц женского пола ($P < 0,005$).

Наши исследования показали, что, по сравнению с лицами женского пола Хатлонской и Согдийской областей, уровень ХПЭН у женщин ГБАО был менее выражен.

Среди обследованных в Турсунзадевском районе влияние стресса испытывали $48,9 \pm 2,3\%$ обследованных ($36,1 \pm 3,4\%$ – мужчин и $58,0 \pm 3,0\%$ – женщин). При этом женщины в 1,6 раза чаще

подвергались воздействию стресса, чем мужчины ($P < 0,005$). У лиц обоих полов в зависимости от пола и возраста отмечена волнообразная динамика частоты психоэмоционального напряжения (рис. 2).

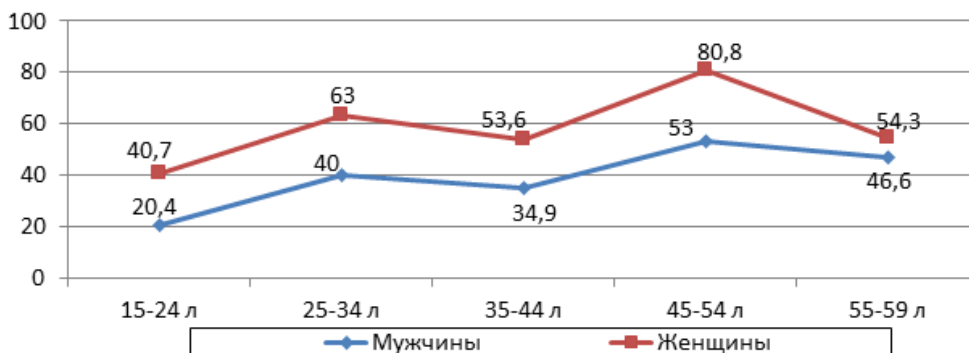


Рис. 2. Частота ХПЭН у обследованного населения Турсунзадевского района РРП в зависимости от пола и возраста ($P \pm 2m$)

Как видно из рисунка 2, высокий уровень психоэмоционального напряжения обнаружен у обследованных мужчин в возрастных группах 55-59 и 45-54 лет ($46,6 \pm 7,5\%$ и $53,0 \pm 9,2\%$, соответственно), а у женщин – в диапазонах 25-34 и 45-54 лет: $63,0 \pm 6,4\%$ и $80,8 \pm 5,1\%$ соответственно. В возрастном интервале 15-24 лет как мужчины, так и женщины меньше всего испытывали влияние стрессовых нагрузок: $20,4 \pm 5,0\%$ мужчин и $40,7 \pm 5,7\%$ женщин. При этом у лиц женского, по сравнению с лицами мужского пола, во всех возрастных группах отмечено достоверное различие в частоте ХПЭН: в возрасте 15-24 года в 2 раза ($P < 0,005$); в возрасте 25-34 года в 1,6 раза ($P < 0,005$); в возрасте 35-44 года в 1,5 раза ($P < 0,005$); в возрасте 45-54 года в 1,5 раза ($P < 0,005$) и в возрасте 55-59 лет в 1,2 раза ($P < 0,005$).

Среди обследованной популяции Вахдата наличие хронического психоэмоционального напряжения в целом установлено у $60,4 \pm 1,38\%$ респондентов, в том числе у $56,5 \pm 2,2\%$ мужчин и у $63,2 \pm 1,8\%$ женщин. Необходимо отметить, что его уровень намного превышает аналогичные показатели среди населения других обследованных нами регионов.

В зависимости от пола и возраста у мужчин и у женщин до 54 лет отмечен рост уровня психоэмоционального напряжения с его пиком в возрасте 45-54 года: $70,0 \pm 4,9\%$ и $79,0 \pm 3,6\%$, соответственно. Меньше всего были подвержены воздействию стресса обследованные лица в диапазоне 15-24 лет ($42,0 \pm 4,7\%$ и $45,0 \pm 4,0\%$ соответственно).

Результатами сравнительного анализа установлено, что уровень ХПЭН у женщин Вахдатского района намного выше, по сравнению с мужчинами этого региона, а также по сравнению с лицами обоих полов других исследованных нами регионов.

В целом среди населения республики наличие ХПЭН установлено у $40,2 \pm 1,7\%$ лиц, в том числе у $35,2 \pm 1,1\%$ мужчин и у $44,1 \pm 1,0\%$ женщин.

Анализ показателей с учетом пола и возраста обследованных выявил возрастную связь ХПЭН у лиц мужского пола с наибольшей частотой обнаружения в 55-59 лет ($45,4 \pm 2,6\%$). У женщин подобная закономерность отмечена в возрасте до 54 лет, далее (в 55-59 лет) отмечено некоторое её снижение (рис. 3).

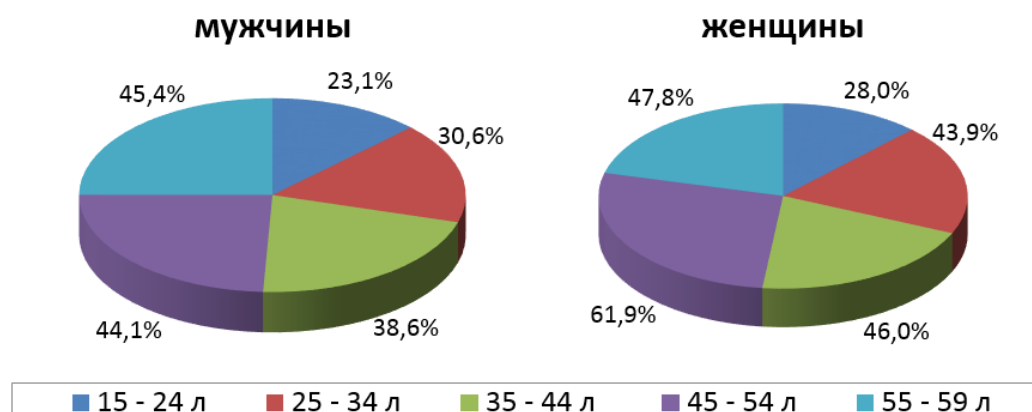


Рис. 3. Частота ХПЭН у обследованного населения РТ в зависимости от пола и возраста

У женщин во всех возрастных группах обнаружены сравнительно высокие уровни психоэмоциональных нагрузок, однако, достоверное половое различие (в 1,4 раза) в распространенности ХПЭН отмечено в диапазоне 45-54 лет.

Высокая распространенность ХПЭН у лиц женского пола объясняется их ролью и большей ответственностью в сложных социальных условиях за семью, воспитание детей, поскольку в республике почти все семьи являются многодетными.

Таким образом, сравнительный анализ распространенности фактора ХПЭН среди населения различных регионов нашей страны выявил достаточно высокую его распространенность среди жителей Вахдатского района РРП – 60,4% (56,5% – у мужчин и 63,2% – у женщин) (рис. 4).

Несколько меньшая распространенность стресса, по сравнению с обследованными Вахдата, отмечена среди жителей Турсунзаде – 48,9% (36,1% – у мужчин и 58,0% – у женщин).

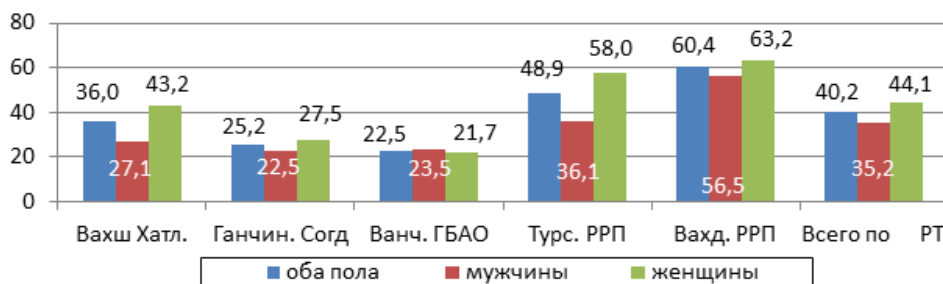


Рис. 4. Распространенность ХПЭН среди населения регионов РТ

Как видно из рисунка, менее всего были подвержены воздействию стресса обследованные жители Ванчского района ГБАО – 22,5% (23,5% – мужчин и 21,7% женщин) и Ганчинского района Согдийской области – 25,2% (22,5% – мужчин и 27,5% – женщин).

Заключение

С учётом выявленных регионарных и поло-возрастных особенностей, полученных в ходе скринингового исследования, имеется настоятельная необходимость усиления профилактической работы среди населения обследованных регионов. Пропаганда научных знаний о вреде психоэмоциональных нагрузок, в частности повышение информативности населения о его неблагоприятных последствиях, должна стать неотъемлемой частью профилактических мероприятий.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп.13-19 см. в REFERENCES)

1. Алленов А.М., Никифоров С.А., Медведский Д.Р. Болезни системы кровообращения: эпидемиологическая ситуация в Свердловской области // Врач. 2012. №4. С.116-118.
2. Алтарев С.С., Помешкина С.А., Барбараш О.Л. Недельные ритмы общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний // Клиническая медицина. 2012. № 1. С.35-37.
3. Вейн А.М., Воробьева О.В., Дюкова Г.М. Стресс, депрессия и психосоматические заболевания. М., 2004. 36с.
4. Диагностика и лечение стабильной стенокардии: Российские рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов ВНОК, Секция ишемической болезни сердца. М., 2004. 28 с.

5. Дыхан Л.Б., Кукушин В.С., Трушкин А.Г. Педагогическая валеология: Учебное пособие для студентов педагогических вузов. М.: ИКЦ «МарТ», 2005. 528 с.

6. Завьялова Н.Е., Салмина-Хвостова О.И. Алпразолам в лечении панического расстройства в амбулаторных условиях. //Психические райстройства в общей медицине. 2012. №1. С.39-41.

7. Здоровье населения и здравоохранение в РТ в 2005 году. Министерство здравоохранения Республики Таджикистан. Республиканский центр медицинской статистики и информации. Душанбе, 2007. С.28.

8. Здоровье населения и здравоохранения в РТ в 2014 году. Министерство здравоохранения Республики Таджикистан. Республиканский центр медицинской статистики и информации. Душанбе, 2015. С. 68.

9. Кабалава Ж.Д., Гудков К.М. Эволюция представления о стресс-индуцированной АГ и применении антагонистов рецепторов ангиотензина II // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002. № 1. С. 4-15.

10. Погосова Г. В. Депрессия новый фактор риска ишемической болезни и предиктор коронарной смерти // Кардиология. 2002. № 4. С. 87.

11. Рахимов З.Я. //Материалы республ. семинара-совещания: «Совершенствование доступности медико-социальной помощи нуждающимся группам населения, в том числе инвалидам». Курган-Тюбе, 2010. С.26-30.

12. Чазов Е.И., Оганов Р.Г. и др.//Кардиология. 2007. № 3. С. 28-37.

REFERENCES

1. Allenov A. M., Nikiforov S. A., Medvedskiy D. R. Bolezni sistemy krovoobrashcheniya: epidemiologicheskaya situatsiya v Sverdlovskoy oblasti [Diseases of the circulatory system: the epidemiological situation in the Sverdlovsk Region]. *Vrach – Physician*, 2012, No. 4, pp. 116-118.

2. Altarev S. S., Pomeshkina S. A., Barbarash O. L. Nedelnye ritmy obshchey smertnosti ot serdechno-sosudistyykh zabolevaniy [Weekly rhythms of overall mortality from cardiovascular diseases]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical Medicine*, 2012, No. 1, pp. 35-37.

3. Veyn A. M., Vorobeva O. V., Dyukova G. M. *Stress, depressiya i psikhosomaticheskie zabolevaniya* [Stress, depression and psychosomatic diseases]. Moscow, 2004. 36 p.

4. *Diagnostika i lechenie stabilnoy stenokardii: Rossiyskie rekomendatsii. Razrabotany Komitetom ekspertov VNOK, Sektsiya ishemicheskoy bolezni serdtsa* [Diagnosis and treatment of a stable stenocardia: Russian recommendations. Developed by the Expert Committee of RSSC, Section of ischemic heart disease]. Moscow, 2004. 28 p.

5. Dykhan L. B., Kukushin V. S., Trushkin A. G. *Pedagogicheskaya valeologiya: Uchebnoe posobie dlya studentov pedagogicheskikh vuzov* [Educational valueology: A manual for students of pedagogical universities]. Moscow, IKC MarT Publ., 2005. 528 p.

6. Zavyalova N. E., Salmina-Khvestova O. I. Alprazolam v lechenii panicheskogo rasstroystva v ambulatornykh usloviyakh [Alprazolam in the treatment of panic disorder in an outpatient setting]. *Psikhicheskie raystroystva v obshchey meditsine – Mental disorders in general medicine*, 2012, No. 1, pp. 39-41.

7. *Zdorove naseleniya i zdavoookhraneniye v RTv 2005 godu. Ministerstvo zdavoookhraneniya Respubliki Tadjikistan. Respublikanskiy tsentr meditsinskoy statistiki i informatsii* [Public health and health care in Tajikistan in 2005. The Ministry of Health of the Republic of Tajikistan. Republican Center of Medical Statistics and Information]. Dushanbe, 2007. 28 p.

8. *Zdorove naseleniya i zdavoookhraneniye v RTv 2014 godu. Ministerstvo zdavoookhraneniya Respubliki Tadjikistan. Respublikanskiy tsentr meditsinskoy statistiki i informatsii* [Public health and health care in Tajikistan in 2014. The Ministry of Health of the Republic of Tajikistan. Republican Center of Medical Statistics and Information]. Dushanbe, 2015. S. 68.

9. Kabalava Zh. D., Gudkov K. M. Evolyutsiya predstavleniya o stress-indutsirovannoy AG i primeneni antonogonistov retseptorov angiotenzina II [The evolution of ideas about the stress-induced AH and the use of antagonists of receptors of angiotensin II]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika – Cardiovascular therapy and prevention*, 2002, No. 1, pp. 4-15.

10. Pogosova G. V. Depressiya novyy faktor riska ishemicheskoy bolezni i prediktor koronarnoy smerti [Depression is

a new risk factor for coronary artery disease and a predictor of coronary death]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2002, No. 4, pp. 87.

11. Rakhimov Z. Ya. Materialy respublikanskogo seminar-soveshchaniya: "Sovershenstvovanie dostupnosti mediko-sotsialnoy pomoshchi nuzhdayushchimsya gruppam naseleniya, v tom chisle invalidam" [Materials of the republican seminar-meeting: "Improving of access to medical and social assistance to the needy populations, including people with disabilities"]. Kurgan-Tyube, 2010. pp. 26-30. (In Russ.)

12. *Kardiologiya – Cardiology*, 2007, No. 3, pp. 28-37.

13. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) World Health Organization; August 2005. Website available at <http://www.euro.who.int/CINDI/2002-2003>. P.19-21.

14. Eaker E. D., Sullivan L. M., *Psychosomatic Medicine*, 2005, Vol. 67, pp. 692-696.

15. European Chronic Disease Prevention and Control Survey. Geneva: World Health Organization; 2006.

16. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajie M. *Circulation*, 1995, Vol. 91, pp. 1999-2005.

17. Petersen S., Peto V., Payner M., Leal J., Luengo Fernandes R., Gray A. Eurjptan cardiovascular disease statistics. British Heart Foundation: London. 2005

18. Shen B. J., Avivi Y. E., *Journal of the American College of Cardiology*, 2008, Vol. 51, pp. 113-119.

19. Yusuf S., Lonn E., Bosch J. Lipid lowering for primary prevention. *Lancet*, 2009, Vol. 374(9683), pp. 1152-1155.

Сведения об авторах:

Нозиров Джамшед Ходжиевич – и.о. доцента кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, докторант кафедры общественного здоровья, экономики, управления (менеджмента) здравоохранением с курсом медицинской статистики, к.м.н.
Нарзулаева Адолат Рахматуллаевна – зав. кафедрой кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Исомидинов Анвар Исомидинович – профессор кафедры восточной медицины, физиотерапии и лечебной физкультуры ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Нозиров Джамшед Ходжиевич – тел.: +992 909-69-70-02; E-mail: doctor.Vahdat@mail.ru

¹Рахимов А.Т., ²Мурадов А.М.

ВЛИЯНИЕ 0,06% РАСТВОРА ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ И ТОКСИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ И ТЯЖЕЛЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

¹Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Rakhimov A.T., ²Muradov A.M.

INFLUENCE OF 0,06% SOLUTION OF SODIUM HYPOCHLORITE ON SOME BIOCHEMICAL AND TOXIC BLOOD PARAMETERS IN PATIENTS WITH ISOLATED SHIN BONES FRACTURES AND SEVERE DIABETES MELLITUS

¹Department of Traumatology and Orthopedics of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

²Department of Efferent Medicine and Intensive Care of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Изучение влияния 0,06% раствора гипохлорита натрия на некоторые биохимические и токсические показатели крови у больных с изолированными переломами костей голени и тяжелым сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 61 больного с изолированными переломами костей голени (ИПКГ) в сочетании с тяжелым сахарным диабетом (ТСД) в возрасте свыше 40 лет, мужчин было 60,5%, женщин – 39,5%. Больные рандомизированы на две группы: 1 – 31 (50,8%) больной, которым проводилось традиционное лечение переломов; 2 группа – 30 (49,2%) больных в дополнение к традиционному лечению использовалось внутривенное введение 0,06% раствора гипохлорита натрия (NaOCl). Определялось содержание в крови токсических продуктов (МСМ, мочевины, креатинина, циркулирующих иммунных комплексов), концентрация глюкозы, билирубина, АлТ, АсТ, рассчитывались индекс интоксикации и лейкоцитарный индекс интоксикации через 4-6, 6-12, 12-24 часов после инфузии гипохлорита натрия по общепринятым методикам.

Результаты. При включении в программу интенсивной терапии инфузии 0,06% раствора NaClO отмечается статистически достоверное улучшение гомеостатических параметров: снижается уровень гидрофильных, гидрофобных, амфифильных, низко-, МСМ и олигопептидов высокой массы, отмечается выраженная антиферментная активность, а также гипогликемическое действие со способностью освобождать гемоглобин из HbA1c.

Заключение. При включении в программу лечения внутривенной инфузии 0,06% раствора гипохлорита натрия отмечается более высокая эффективность проводимой терапии.

Ключевые слова: диабет, перелом костей голени, травматизм, гипохлорит натрия, непрямо электрохимическое окисление, токсичность крови

Aim. Studying the effect of 0,06% solution of sodium hypochlorite on some biochemical and toxic blood parameters in patients with isolated shin bones fractures and severe diabetes mellitus.

Materials and methods. Analyzed the results of treatment of 61 patients with isolated shin bones fractures (ISBF) combined with severe diabetes mellitus (SDM), over the age of 40 years, 60,5% – males, women – 39,5%. Patients randomized into two groups: 1 – 31 (50,8%) patients who underwent traditional treatment of fractures; 2 group – 30 (49,2%) patients in addition to traditional treatment was used intravenous injection of 0,06% solution of sodium hypochlorite (NaOCl). Determined content in

the blood of toxic products (metilsulfonilmetan, urea, creatinine, circulating immune complexes), the concentration of glucose, bilirubin, ALT, AST, and calculated the index of intoxication and leukocyte index of intoxication after 4-6, 6-12, 12-24 hours after the infusion of hypochlorite sodium according to conventional techniques.

Results. After including to the program of intensive therapy infusion 0,06% NaClO solution indicated a statistically significant improvement of homeostatic parameters: reduced levels of hydrophilic, hydrophobic, amphiphilic, low-, metilsulfonilmetan and oligopeptides of high weight, an expressed antifungal activity and hypoglycemic effect with the ability to release hemoglobin out of HbA1c.

Conclusion. After including to the program of treatment of intravenous infusion of 0,06% solution of sodium hypochlorite indicated a higher effectiveness of the therapy.

Key words: diabetes, shin bones fractures, injuries, sodium hypochlorite, indirect electrochemical oxidation, blood toxicity

Актуальность

Травма и тяжелый сахарный диабет (ТСД) имеют свои патогенетические особенности нарушения биохимизма клеток и тканей, развития синдрома эндогенной интоксикации, процессов нарушения перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты. При сочетании двух названных патологий эти процессы взаимно усугубляются и утяжеляют течение и лечение изолированных переломов костей голени (ИПКГ) [1, 3, 4, 5, 7, 14].

Перелом костей голени является весьма травматичным и часто сопровождается шоковым состоянием, кровопотерей, нарушением целостности мягких тканей, приводит к нарушению центральной гемодинамики и регионарного кровотока в нижних конечностях, микроциркуляции, реологии и биохимизма тканей, вызывает развитие жировой эмболии, гипоксии, эндотоксикоза и других тяжелых осложнений [2, 5, 6, 16]. В свою очередь, сам ТСД вызывает специфические нарушения макро- и микроциркуляции, эндотелиальную и органную дисфункции, а также изменения биохимизма тканей с появлением в крови продуктов деградации фибриногена (ПДФ), перекисного окисления липидов (ПОЛ) и накоплению токсических продуктов обмена в аномально высоких концентрациях с развитием диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) и др. [5, 9, 10, 11, 15] Поэтому при сочетании этих патологий происходит их взаимное отягощение, развитие эндотоксикоза, являющегося базисным компонентом в формировании прогрессирования тяжести общего состояния пациентов [5, 8, 17, 19, 20].

О трудностях диагностики осложнений и лечения переломов при сахарном диабете свидетельствует высокий процент неудовлетворительных результатов и осложнений [2, 4].

Трудности диагностики осложнений, особенности течения болезни и лечения переломов голени у больных тяжелым сахарным диабетом, несмотря на внедрение инновационных технологий в медицине последних лет, остаются актуальными в практическом и научном аспектах. Для снижения количества осложнений предлагается

множество вариантов, направленных на медикаментозное, хирургическое, физиотерапевтическое лечение [2, 3, 4, 18, 21]. Одним из перспективных эффективных способов для коррекции гипергликемии, синдрома эндогенной интоксикации у больных с тяжелым сахарным диабетом, диабетической стопы является применение непрямого электрохимического окисления крови (НЭХО) в виде внутривенных инфузий 0,06% раствора гипохлорита натрия, который обладает также детоксикационным и реологическим эффектами [12, 13]. Изучение особенностей терапевтического эффекта при использовании данного препарата у больных с изолированными переломами костей голени в сочетании с тяжелым сахарным диабетом послужило предметом наших исследований.

Материал и методы исследования

Работа основана на диагностике и лечении 61 больного с ИПКГ с тяжелым сахарным диабетом 2 типа в анамнезе. Возраст пациентов был выше 40 лет, часто параллельно диагностировался метаболический синдром.

Согласно статистическим данным, в сравниваемых группах преобладали лица трудоспособного возраста (от 40 до 60 лет), составившие 53,5%: мужчин – 60,5%, женщин – 39,5%.

Все они находились на лечении на базе кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ, расположенной в Городской клинической больнице №3 г. Душанбе, и отделении травматологии Центральной районной больницы г. Истаравшана Сугдской области РТ за период 2012-2015 гг.

Переломы костей голени оценивались согласно классификации АО/ASIF (Морис Мюллер, 1990). Анализ ИПКГ показал преобладание уличной – 34,4% и бытовой травм – 31,2%. Более чем у половины больных (52,5%) имелся прямой механизм травмы, при котором сильно страдали мягкие ткани, что на фоне ТСД осложняло течение и лечение последствий травмы. В зависимости от характера повреждений костей голени преобладают косые – 34,4% и оскольчатые переломы – 29,5%, что усложняет течение болезни в посттравматическом периоде.

Продолжительность ТСД у обследованных больных от 5 до 10 лет составляет 34,4%, свыше

10 лет – 60,7%, что способствует развитию макро- и микроангиопатий, полинейропатий, органических осложнений в виде сердечно-сосудистой недостаточности, хронических болезней почек, энцефалопатии, нарушений липидного и жирового обмена, трофических нарушений в конечностях, гастропатии и др.

Для решения поставленной цели больных разделили на 2 рандомизированные (статистически сравниваемыми по возрасту, тяжести основной и сопутствующей патологии и другим необходимым критериям исследования) группы: 1 – 31 (50,8%) больной, лечение переломов конечности у них основывалось на оптимизированном подходе диагностики тяжести повреждения сегмента (оценка регионарного кровотока, нарушение гемостаза, реологии, водно-электролитного и КОС, липидного обмена и перекисного окисления липидов, биохимические показатели, степень эндогенной интоксикации и др.), профилактики и лечения осложнений основного заболевания, а также сопутствующей патологии конечности на фоне тяжелого сахарного диабета по традиционным, общепринятым принципам комплексной интенсивной терапии (ТКИТ); 2 группа – 30 (49,2%) больных, которым наряду с ТКИТ в посттравматическом и послеоперационном периодах с профилактической и лечебной целью использовался внутривенно 0,06% раствор гипохлорита натрия (NaOCl) по методике, предложенной Федоровским Н.М. (1997) [12]. Инфузию 0,06% раствора гипохлорита натрия производили в центральную или периферическую вену со скоростью 40-60 капель в минуту, объём 400,0 мл в сутки, введение производили на 2-3-е сутки посттравматического и послеоперационного периодов. Для изучения влияния НЭХО на некоторые показатели гомеостаза сравнивались пробы крови до и после инфузии 0,06% раствора NaClO через 4-6, 6-12, 12-24 часов.

Лабораторные исследования проводили по общепринятым клиническим методикам: развёрнутый общий анализ крови, определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Кальф-Калифу Я.Я. в модификации Рейса А.И. (1983). При биохимическом анализе определяли: количество глюкозы, общего билирубина, ферментов (АлТ, АсТ), мочевины уреазным методом и креатинин методом Яффе, массу средних молекул (МСМ) с помощью спектрофотометрии в спектрах ($\lambda=254$ и 280 нм), некротические тела сыворотки крови (НТ) флуоресцентным способом, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) методом ПЭГ-теста (Гриневиц Ю.А., 1988). Индекс интоксикации (ИИ) рассчитывали по Гриневиц М.В. (1989).

У всех больных получено письменное информационное согласие на диагностику и лечение.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2003. Средние величины представлены в виде $M \pm m$, различия между средними значениями считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Некоторые биохимические и токсические показатели крови в динамике через 4-6, 6-12, 12-24 часов после ТКИТ и в сочетании с инфузией 0,06% раствора NaClO представлены в таблице.

Анализ содержания глюкозы в крови у больных 1 и 2 групп спустя 4-6 часов после инфузии, показал достоверную гипергликемию на 204,8% ($p < 0,001$) и на 190,5% ($p < 0,001$) соответственно, по сравнению со средними значениями нормы. Также выявлено, что во 2 группе уровень сахара меньше, чем в 1 группе, на 4,7%. Спустя 6-12 часов глюкоза крови все еще достоверно повышена на 171,4% ($p < 0,001$) и на 147,6% ($p < 0,001$) по группам относительно здоровых, но концентрация её во 2 группе ниже на 8,8% относительно 1 группы пациентов. Динамический контроль глюкозы крови через 12-24 часов выявил её достоверное повышение на 145,2% ($p < 0,001$) и на 126,2% ($p < 0,001$) соответственно по группам, по сравнению со здоровыми, при том, что во 2 группе отмечено снижение на 7,8% по отношению больных 1 группы.

Интересные данные получены при исследовании показателя HbA1c, где выявлено активное влияние гипохлорита натрия на гликолизированный гемоглобин путём снижения его концентрации и освобождения гемоглобина. Так, у больных 1 и 2 групп, спустя 4-6 часов с момента инфузии, HbA1c значительно снизился, но еще повышен на 162,8% ($p < 0,001$) и 114,0% ($p < 0,001$) относительно здоровых. При этом во 2 группе больных, получавших внутривенную инфузию 0,06% NaClO, через 4-6 часов снижение HbA1c на 18,6% больше по отношению пациентов 1 группы. Через 6-12 часов в 1 и 2 группах также выявлено дальнейшее снижение HbA1c, но он все еще оставался достоверно повышенным на 134,9% ($p < 0,001$) и на 97,7% ($p < 0,001$), по сравнению со средними значениями нормы. Также выявлялось снижению HbA1c на 15,8% по отношению больных 1 группы. В динамике исследования HbA1c спустя 12-24 часов выявлено его дальнейшее снижение, но в обеих группах больных он еще достоверно повышен на 120,9% ($p < 0,001$) и на 79,1% ($p < 0,001$) относительно нормы, также отмечено достоверное снижение HbA1c на 18,9% ($p < 0,05$) во 2 группе, по сравнению с первой.

Биохимические и токсические показатели крови у больных при ИШКГ с ТСД
после традиционной КИТ и её сочетания с инфузией 0,06% раствора гипохлорита натрия

Показатели	ИПКГ+СД (n=61) 1 группа n=31 (50,8%) - традиционная КИТ 2 группа n=30 (49,2%) - КИТ+ инфузии 0,06% раствора гипохлорита натрия							
	через 4-6 ч		через 6-12 ч		через 12-24 ч			
	1 группа n=31 (50,8%)	2 группа n=30 (49,2%)	1 группа n=31 (50,8%)	2 группа n=30 (49,2%)	1 группа n=31 (50,8%)	2 группа n=30 (49,2%)	1 группа n=31 (50,8%)	2 группа n=30 (49,2%)
Глюкоза крови ммоль/л	12,8±1,0 +204,8%***	12,2±1,1 +190,5%*** -4,7%	11,4±1,2 +171,4%***	10,4±1,2 +147,6%*** -8,8%	10,3±1,3 +145,2%***	9,5±0,8 +126,2%*** -7,8%		
НbA1с, %	11,3±1,1 +162,8%***	9,2±1,2 +114,0%*** -18,6%	10,1±0,9 +134,9%***	8,5±0,8 +97,7%*** -15,8%	9,5±0,6 +120,9%***	7,7±0,7 +79,1%*** -18,9%*		
Мочевина, ммоль/л	14,3±1,4 +130,6%***	11,8±1,9 +90,3%*** -17,5%	12,3±2,1 +98,4%***	11,1±1,1 +79,0%*** -9,8%	13,4±1,9 +116,1%***	10,5±1,3 +69,4%*** -21,6%		
Креатинин, мкмоль/л	146,6±9,4 +109,1%***	131,4±8,9 +87,4%*** -10,4%	150,8±11,4 +115,1%***	127,3±7,9 +81,6%*** -15,6%*	148,1±12,5 +111,3%***	122,4±11,2 +74,6%*** -17,4%		
Билирубин, ммоль/л	26,6±1,6 +101,5%***	15,9±1,9 +20,5% -40,2%***	25,3±1,8 +91,7%***	17,6±2,2 +33,3%*** -30,4%**	24,2±1,7 +83,3%***	20,7±2,1 +56,8%*** -14,5%		
АЛТ, нмоль/с.л.	1,1±0,01 +266,7%***	0,5±0,02 +66,7%*** -54,5%***	0,9±0,01 +200,0%***	0,3±0,01 0,0% -66,7%***	0,9±0,02 +200,0%***	0,2±0,02 -33,3%*** -77,8%***		
АСТ, нмоль/с.л.	0,9±0,02 +221,4%***	0,4±0,01 +42,9%*** -55,6%***	0,8±0,04 +185,7%***	0,2±0,03 -28,6%* -75,0%***	0,8±0,02 +185,7%***	0,1±0,04 -64,3%*** -87,5%***		

$\lambda=254$ нм МСМ	0,48±0,02 +166,7%***	0,36±0,01 +100,0%*** -25,0%***	0,42±0,01 +133,3%***	0,29±0,03 +61,1%*** -31,0%***	0,36±0,02 +100,0%***	0,24±0,01 +33,3%*** -33,3%***
	0,51±0,03 +183,3%***	0,38±0,02 +111,1%*** -25,5%***	0,45±0,04 +150,0%***	0,28±0,02 +55,6%*** -37,8%***	0,38±0,03 +111,1%***	0,25±0,01 +38,9%*** -34,2%***
НТ, ед в 1 мл.	14,1±1,4 +227,9%***	12,8±1,2 +197,7%*** -9,2%***	13,4±1,3 +211,6%***	10,3±1,6 +139,5%*** -23,1%	12,3±1,2 +186,0%***	8,5±1,1 +97,7%*** -30,9%*
ЦИК, усл. ед.	79,6±2,6 +161,8%***	65,2±2,4 +114,5%*** -18,1%***	67,2±2,8 +121,1%***	58,3±2,6 +91,8%*** -13,2%*	61,5±2,7 +102,3%***	49,2±3,2 +61,8%*** -20,0%***
ЛИИ, усл. ед.	4,1±0,3 +310,0%***	4,1±0,5 +310,0%*** 0,0%	4,0±0,4 +300,0%***	4,0±0,6 +300,0%*** 0,0%	3,8±0,7 -280,0%***	3,2±0,7 +220,0%*** -15,8%
ИИ, усл. ед.	14,1±0,6 +116,9%***	10,8±0,6 +66,2%* -23,4%***	13,3±0,4 +104,6%***	8,9±0,5 +36,9% -33,1%***	13,8±0,9 -112,3%***	6,7±0,8 +3,1% -51,4%***

Примечание: * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$; курсив - проценты к контрольной группе; выделенный жирный шрифт - проценты 2 группы к 1 группе

Анализ гидрофильного низкомолекулярного токсического компонента – мочевины в крови – после ТКИТ и ТКИТ+0,06% NaClO у 1 и 2 групп, спустя 4-6 часов, показал достоверное снижение её концентрации, но, по сравнению со средними показателями здоровых, она еще достоверно повышена на 130,6% ($p<0,001$) и на 90,3% ($p<0,001$), при этом отмечено снижение показателя на 17,5% во 2 группе, по сравнению с пациентами 1 группы. Через 6-12 часов в 1 и 2 группах мочевина значительно снизилась, по отношению к показателям до лечения, но всё же достоверно повышена на 98,4% ($p<0,001$) и на 79,0% ($p<0,001$) к норме. Сравнение между 1 и 2 группами показало, что во второй группе мочевина снижена больше – на 9,8%. Спустя 12-24 часа у больных 1 группы этот компонент достоверно увеличен на 116,1% ($p<0,001$), во 2 группе – на 69,4% ($p<0,01$), по сравнению со средними значениями нормы, но уже в пределах верхних границ. При том, что во 2 группе концентрация мочевины была снижена на 21,6% больше, чем у пациентов 1 группы.

Динамический контроль креатинина через 4-6, 6-12, 12-24 часов показал его достоверное снижение во 2 группе и статистически незначимое – в 1 группе пострадавших с ИПКГ и ТСД. Выявлено, что креатинин в 1 и 2 группах все еще оставался достоверно повышенным на 109,1% ($p<0,001$) и на 87,4% ($p<0,001$); на 115,1% ($p<0,001$) и на 81,6% ($p<0,001$); на 111,3% ($p<0,001$) и на 74,6% ($p<0,001$) (соответственно по исследуемым срокам, в часах) к средним показателям нормы. В эти же промежутки отмечалось его снижение во 2 группе, по сравнению с показателями 1 группы, на 10,4%, 15,6% ($p<0,05$) и 17,4%, что указывает на активное воздействие 0,06% раствора NaClO на гидрофильный спектр токсических веществ.

Анализ гидрофобного компонента токсичности по содержанию билирубина у 1 и 2 групп спустя 4-6, 6-12, 12-24 часов выявил достоверное повышение последнего на 101,5% ($p<0,001$) и 20,5%; на 91,7% ($p<0,001$) и 33,3% ($p<0,001$); на 83,3% ($p<0,001$) и 56,8% ($p<0,01$) соответственно по группам относительно средних значений здоровых. Но во 2 группе во все исследованные временные интервалы билирубин был уже в пределах нормы и значительно ниже на 40,2% ($p<0,001$) через 4-6 часов; на 30,4% ($p<0,01$) – через 6-12 часов; на 14,5% – через 12-24 часа по отношению к показателям пациентов 1 группы (табл.). Полученные данные указывают на активное воздействие 0,06% раствора NaClO не только на гидрофильный, но и гидрофобный спектр токсических веществ.

Нами также выявлена антиферментная активность 0,06% раствора NaClO на примере

содержания АлТ и АсТ, уровень которых значительно снижался во время динамического контроля у больных 2 группы и уже в первые 4-6 часов доходил до уровня нормы. При межгрупповом сравнении во 2 группе АлТ и АсТ достоверно снижались на 54,5% ($p<0,001$) и 55,6% ($p<0,001$) через 4-6 часов, на 66,7% ($p<0,001$) и 75,0% ($p<0,001$) через 6-12 часов, на 77,8% ($p<0,001$) и 87,5% ($p<0,001$), по отношению показателей больных 1 группы.

Анализ влияния 0,06% раствора NaClO на показатели токсичности МСМ в длине спектров $\lambda=254$ нм и $\lambda=280$ нм также выявил значительное снижение в крови пула и фракции этих веществ, наиболее выраженное во 2 группе больных (ИПКГ+ТСД), по сравнению с 1 группой: достоверно снижался на 25,0% ($p<0,001$) и на 25,5% ($p<0,001$) через 4-6 часов, на 31,0% ($p<0,001$) и на 37,8% ($p<0,001$) – через 6-12 часов, на 33,3% ($p<0,001$) и на 34,2% ($p<0,001$) – через 12-24 часа соответственно в двух волновых диапазонах, по сравнению со средними значениями здоровых. Необходимо отметить, что у больных 1 группы, получавших традиционную КИТ, за время наблюдения, несмотря на снижение МСМ, наблюдаемое длине спектра $\lambda=254$ нм и $\lambda=280$ нм, их содержание до нормы не доходит и через 4-6 часов было выше на 166,7% ($p<0,001$) и 183,3% ($p<0,001$); через 6-12 часов – на 133,3% ($p<0,001$) и 150,0% ($p<0,001$); через 12-24 часов – на 100,0% ($p<0,001$) и 111,1% ($p<0,001$), что указывает на эффективность непрямого электрохимического окисления в отношении фракции МСМ, включающей как гидрофильные, гидрофобные, так и амфифильные токсические соединения.

Исследования уровня НТ у больных 1 группы спустя 4-6 часов показали их достоверное повышение на 227,9% ($p<0,001$), а во 2 группе – на 197,7% ($p<0,001$), по сравнению с нормой, при том, что во 2 группе они достоверно снижены на 9,2% ($p<0,001$) по отношению показателей 1 группы пациентов. Контроль через 6-12 и 12-24 часов показал, что НТ у больных 1 и 2 групп, несмотря на снижение после лечения, еще оставались достоверно повышенными на 211,6% ($p<0,001$) и 139,5% ($p<0,001$); на 186,0% ($p<0,001$) и 97,7% ($p<0,001$) относительно средних значений нормы. На этом фоне сравнение НТ показало их снижение на 23,1% и на 30,9% ($p<0,001$) во 2 группе, по сравнению с показателями 1 группы.

Анализ циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) выявил достоверное снижение у больных 1 и 2 групп спустя 4-6, 6-12 и 12-24 часов после лечения. ЦИК оставались повышенными на 161,8% ($p<0,001$) и 114,5% ($p<0,001$);

на 121,1% ($p < 0,001$) и 91,8% ($p < 0,001$); на 102,3% ($p < 0,001$) и 61,8% ($p < 0,01$), по отношению показателей здоровых. Выявлено, что во 2 группе содержание ЦИК было достоверно ниже на 18,1% ($p < 0,001$), на 13,2% ($p < 0,001$) и на 20,0% ($p < 0,01$), по сравнению с показателями 1 группы пострадавших. Полученные данные указывают на активное воздействие 0,06% раствора NaClO на НТ, ЦИК путем снижения их количества и уменьшения токсического воздействия, опосредованно улучшая вязкость и реологию крови.

Анализ интегрального показателя токсичности – ИИ, связанного с показателями мочевины, МСМ, ЛИИ и др., показал положительную динамику к снижению в течение контролируемого времени, более выраженную у больных 2 группы, по сравнению с 1: через 4-6 часов ИИ был ниже на 23,4% ($p < 0,001$); 6-12 часов – на 33,1% ($p < 0,001$); 12-24 часов – на 51,4% ($p < 0,001$). Полученные статистические данные по ИИ подтверждают, что после инфузии 0,06% раствора NaClO токсичность крови у данной категории пострадавших значительно ниже, чем при традиционной терапии.

Заключение

Результаты динамического контроля уровня токсичности, содержания глюкозы в крови, гликолизированного гемоглобина, биохимии крови показали, что при включении в программу КИТ инфузии 0,06% раствора NaClO отмечается значительное статистически достоверное улучшение этих гомеостатических параметров: снижается уровень гидрофильных, гидрофобных, амфифильных, низко-, средне- и олигопептидов высокой массы, проявляется выраженная антиферментная активность, а также гипогликемическое действие в сочетании со способностью освобождать гемоглобин из HbA1c, что свидетельствует о более высокой эффективности проводимой терапии во 2 группе, по сравнению с проведенной традиционной комплексной интенсивной терапией при ИПКГ с ТСД.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 14-21 см. в REFERENCES)

1. Анциферов М.Б., Комелягина Е.Ю., Волковой А.К. Поражения нижних конечностей у больных сахарным диабетом // Русский медицинский журнал. 2006. № 13. С. 972-976
2. Бондаренко А.В., Печенин С.А. Аппарат Илизарова в лечении открытых переломов костей голени с дефектом мягких тканей по передне-внутренней поверхности // Гений ортопедии. 2003. № 3. С. 43-45.
3. Борисов М.Б. Синдром жировой эмболии при тяжелых сочетанных травмах. Прогнозирование, профилактика,

диагностика, лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2001. 24 с.

4. Гордиенко Д.И., Скорогляднов А.В., Литвина Е.А., Митиш В.А. Лечение открытых переломов голени. // Вестник травматологии и ортопедии. 2003. № 3. С. 75-78.

5. Гречишкин А.К., Свешников К.А., Сбродова Л.И. Роль состояния гемостаза в процессе лечения закрытых переломов длинных костей у больных сахарным диабетом // Фундаментальные исследования. 2008. № 5. С. 91-92.

6. Еськов А.П., Каюмов Р.И., Соколов А.Е. Механизм повреждающего действия бактериального эндотоксина // Эфферент. терапия. 2003. Т. 9, №2. С. 71-74.

7. Калашников А.В., Осадчук Т.И. Роль системного остеопороза в возникновении нарушений репаративной регенерации костей после переломов // Современные технологии в травматологии и ортопедии (научная конференция). М., 1999. С. 207.

8. Касаткина С.Г., Касаткин С.Н. Значение дисфункции эндотелия у больных сахарным диабетом 2-го типа // Фундаментальные исследования. 2011. № 7. С. 248-25

9. Кондратьева Е.И., Косьянкова Т.В. Гены синтеза оксида азота (NOS) в патогенезе сахарного диабета и его осложнений // Пробл. эндокринологии. 2000. Т.48, №2. С.33-38.

10. Молитвословова Н.А., Галстян Г.Р. Остеопороз и сахарный диабет: современный взгляд на проблему // Сахарный диабет. 2013. №1. С. 57-62

11. Мохорт Т.В., Ромейко Д.И. Диабетическая полинейропатия: методическое руководство. Минск, 2000. 40 с.

12. Федоровский Н.М. Непрямая электрохимическая детоксикация: пособие для последипломной подготовки врачей. М.: Медицина, 2004. 144с.

13. Шумилина О.В. Непрямое электрохимическое окисление в комплексном лечении детоксикационной функции лёгких у больных перитонитом: дисс...канд.мед.наук. Душанбе, 2012. 156 с.

14. Ялочкина Т.О., Пигарова Е.А. Сахарный диабет и консолидация переломов // Ожирение и метаболизм. 2013. № 2 (35). С. 19-27.

REFERENCES

1. Antsiferov M. B., Komelyagina E. Yu., Volkovoy A. K. Porazheniya nizhnikh konechnostey u bolnykh sakharnym diabetom [The lesions of the lower extremities in diabetic patients]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal – Russian Medical Journal*, 2006, No. 13, pp. 972-976
2. Bondarenko A. B., Pechenin S. A. Apparat Ilizarova v lechenii otkrytykh perelomov kostey goleni s defektom myagkikh tkaney po perednevnutrenney poverkhnosti [Ilizarov apparatus in the treatment of open fractures of the shin bone with soft tissue defect at the anteriorinternal surface]. *Geniy ortopedii – Genius of Orthopedics*, 2003, No. 3, pp. 43-45.
3. Borisov M. B. *Sindrom zhirovoy embolii pri tyazhelykh sochetannykh travmakh. Prognozirovaniye, profilaktika, diagnostika, lechenie*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Fat embolism syndrome in severe combined injuries. Prediction, prevention, diagnosis, treatment. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. St. Petersburg, 2001. 24 p.

4. Gordienko D. I., Skoroglyadov A. B., Litvina E. A., Mitish V. A. Lechenie otkrytykh perelomov goleni [Treatment of open shin fractures]. *Vestnik Travmatologii i Ortopedii - Herald of Traumatology and Orthopedics*, 2003, No. 3, pp. 75-78.
5. Grechishkin A. K., Sveshnikov K. A., Sbrodova L. I. Rol sostoyaniya gemostaza v processe lecheniya zakrytykh perelomov dlinnykh kostey u bolnykh sakharnym diabetom [The role of the state of hemostasis in the treatment of closed fractures of long bones in patients with diabetes mellitus]. *Fundamentalnye issledovaniya - Fundamental studies*, 2008, No. 5, pp. 91-92.
6. Eskov A. P., Kayumov R. I., Sokolov A. E. Mekhanizm povrezhdayushchego deystviya bakterialnogo endotoksina [The mechanism of the damaging effect of bacterial endotoxin]. *Efferentnaya terapiya – Efferent therapy*, 2003, Vol. 9, No. 2, pp. 71-74.
7. Kalashnikov A. V., Osadchuk T. I. [The role of systemic osteoporosis in the occurrence of violations of reparative regeneration of bone fractures]. *Sovremennyye tekhnologii v travmatologii i ortopedii (nauchnaya konferentsiya) [Modern technologies in traumatology and orthopedics (Scientific Conference)]*. Moscow, 1999. pp. 207. (In Russ.)
8. Kasatkina S. G., Kasatkin S. N. Znachenie disfunktsii endoteliya u bolnykh sakharnym diabetom 2-go tipa [The value of endothelial dysfunction in patients with diabetes mellitus type 2]. *Fundamentalnye Issledovaniya – Fundamental Studies*, 2011, No. 7, pp. 248-25.
9. Kondrateva E. I., Kosyankova T. V. Geny sinteza oksida azota (NOS) v patogeneze sakharnogo diabeta i ego oslozhneniy [Genes of nitric oxide (NOS) synthesis in the pathogenesis of diabetes and its complications]. *Problemy Endokrinologii - Problems of Endocrinology*, 2000, Vol. 48, No. 2, pp. 33-38.
10. Molitvoslovova N. A., Galstyan G. R. Osteoporoz i sakharnyy diabet: sovremennyy vzglyad na problemu [Osteoporosis and diabetes: a modern approach to the problem]. *Sakharnyy diabet – Diabetes Mellitus*, 2013, No. 1, pp. 57-62
11. Mokhort T. V., Romeyko D. I. *Diabeticheskaya polyneuropatiya: metodicheskoe rukovodstvo* [Diabetic polyneuropathy: a guide]. Minsk, 2000. 40 p.
12. Fedorovskiy N. M. *Nepryamaya elektrokhimicheskaya detoksikatsiya: posobie dlya poslediplomnoy podgotovki vrachev* [Indirect electrochemical detoxification: guide to postgraduate training of physicians]. Moscow, Meditsina Publ., 2004. 144 p.
13. Shumilina O. V. *Nepryamoe elektrokhimicheskoe okislenie v kompleksnom lechenii detoksikatsionnoy funktsii legkikh u bolnykh peritonitom*. Diss. kand. med. nauk [Indirect electrochemical oxidation in complex treatment of detoxification lung function in patients with peritonitis. Candidate's of medical sciences thesis]. Dushanbe, 2012. 156 p.
14. Yalochkina T. O., Pigarova E. A. Sakharnyy diabet i konsolidatsiya perelomov [Diabetes mellitus and consolidation of fractures]. *Ozhirenie i metabolism – Obesity and Metabolism*, 2013, No. 2 (35), pp. 19-27
15. Bruhn-Olszewska B., Korzon-Burakowska A., Gabig-Ciminska M., Molecular factors involved in the development of diabetic foot syndrome. *Acta Biochimica Polonica*, 2012, Vol. 59(4), pp. 507-13
16. Court-Brown C. M., McBirnie J. The epidemiology of tibial fractures. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 2003, Vol. 77, pp. 417-421.
17. Cutrim D. M., Pereira F. A., de Paula F. J., Foss M. C. Lack of relationship between glycemic control and bone mineral density in type 2 diabetes mellitus. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 2007, Vol. 40 (2), pp. 221–227.
18. Lynch J. E., Heyman J. S., Hargens A. R. Ultrasonic device for the noninvasive diagnosis of compartment syndrome. *Physiological Measurement*, 2004, Vol. 25, No. 1-3, pp. 57.
19. Wang W., Zhang X., Zheng J., Yang J. High glucose stimulates adipogenic and inhibits osteogenic differentiation in MG-63 cells through cAMP/protein kinase A/extracellular signal-regulated kinase pathway. *Molecular and Cellular Biochemistry*, 2010, Vol. 338 (1-2), No. 1, pp. 15-22.
20. Yamaguchi T., Kanazawa I., Yamamoto M., Kurioka S., Yamau-chi M., Yano S., Sugimoto T. Associations between components of the metabolic syndrome versus bone mineral density and vertebral fractures in patients with type 2 diabetes. *Bone*, 2009, Vol. 45 (2), pp. 174-179.
21. Yokoyama K., Itoman M., Nakamura K. et al. Primary shortening with secondary limb lengthening for Gustilo MB open tibial fractures: a report of six cases. *Journal of Trauma*, 2006, Vol. 61, No. 1, pp. 172-180.

Сведения об авторах:

Рахимов Аскаржон Турсунович – соискатель кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Мурадов Алишер Мухтарович – зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

Контактная информация:

Рахимов Аскаржон Турсунович – тел. +7-929-92-18-88%; e-mail: oti-1991@mail.ru

Рахматова Р.А., Рахмонова П.Э., Тиллоева Ф.Х.

ИЗУЧЕНИЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Rakhmatova R.A., Rakhmonova P.E., Tilloyeva F.Kh.

STUDYING OF HEAVINESS OF STATE OF NEWBORN CHILDREN BORN FROM MOTHERS WITH OVERBURDENED OBSTETRICAL ANAMNESIS

«Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child's Surgery» State Institution

Цель исследования. Оценить тяжесть состояния новорожденных детей, родившихся от матерей с отягощенным акушерским анамнезом.

Материал и методы. Проведен анализ результатов исследования 170 новорожденных детей. Роженицы были распределены на 2 группы: 1 группа – 125 пациенток с высоким риском возникновения внутриутробного инфицирования; 2 группа – 40 здоровых рожениц. Используются клинические, лабораторные, ультразвуковые и доплерографические методы исследования.

Результаты. Живыми были рождены 170 детей от 165 рожениц: 139 – доношенные, 31 – недоношенные. Признаки недоношенности у новорожденных пациенток первой группы наблюдались у 27 (21%), во второй группе – у 4 новорожденных (10%).

Средняя масса тела детей, родившихся от родильниц первой группы, колебалась в пределах $2,855 \pm 0,88$ г, рост $51,2 \pm 0,48$ см. У детей, родившихся в контрольной группе исследования, масса тела была в пределах $3000 \pm 0,96$ г, рост детей составлял $53,8 \pm 0,49$ см.

Заключение. Отягощенный анамнез во время беременности относится к факторам риска возникновения септического процесса в период новорожденности. Лидирующим фактором возникновения патологического процесса является комбинация бактериально-вирусной инфекции. У новорожденных, которые родились от матерей с отягощенным акушерским анамнезом, очень высока вероятность возникновения инфекции.

Ключевые слова: роженицы, перинатальный период, мочеполовая система, патологические состояние

Aim. To evaluate the heaviness of state of newborn children born from mothers with overburdened obstetrical anamnesis.

Materials and methods. The analysis of observation results of 170 newborn children was conducted. The women in labor were divided into two groups: group 1 – 125 patients with high risk of intrauterine infection; group 2 – 40 pregnant healthy women. Clinical, laboratory, ultrasonic and doplerographic research methods were applied.

Results. 170 children were born alive from 165 women in labor: 139 – full-term, 31 – premature. Clinical signs of a prematurity were seen in 27 (21%) of newborn of the first group of patients and 4 newborn (10%) of the second group.

The average body weight of the children born from women recently confined which make the first group was around $2,855 \pm 0,88$ grams and body height $51,2 \pm 0,48$ cm. Children who were born in control group of research, the body mass was around $3000 \pm 0,96$ grams and body height was $53,8 \pm 0,49$ cm

Conclusion. The overburdened anamnesis during pregnancy is related to risk factors of occurrence of septic process during the newborn period. The leading factor of pathologic process occurrence is the combination of bacterial and viral infection. There is a high risk of infection occurrence in newly born from mothers with overburdened obstetrical anamnesis.

Key words: women in labor, prenatal period, genitourinary apparatus, pathological state

Актуальность

Одной из главных проблем медицинской и социальной сфер является инфицирование плода во внутриутробном периоде. Важность вопроса объясняется, с одной стороны, повышенным уровнем инфицирования беременных и рожениц микробами и вирусами, что является одной из причин летальности среди матерей с отягощенным акушерским анамнезом, с другой стороны – последующим отрицательным развитием новорожденного [2, 6].

Многочисленные исследования и клинические наблюдения показали, что у новорожденных детей, родившихся живыми от матерей с отягощенным акушерским анамнезом, вероятность возникновения внутриутробной инфекции возрастает [3]. В конфигурации летальности среди новорожденных детей инфекционные заболевания занимают преобладающее место, составляя общую смертность от 12% до 47% [1, 3, 5].

Литературные данные свидетельствуют о первостепенной значимости этиологических факторов, таких как цитомегаловирус, вирус герпеса. Отмечены случаи хламидийной и микоплазменной инфекций в механизме возникновения заболевания внутриутробного периода. В 36,6% исследований отмечены комбинации этиопатологических факторов [4, 5].

Необходимость в проведении всестороннего клиничко-лабораторного исследования беременных вызвана большим диапазоном встречаемости перечисленных инфекций у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования

Для анализа были изучены истории болезни и обменные карты рожениц (165), которые были распределены на 2 группы: в первую группу (I) были включены 125 пациенток с высоким риском возникновения внутриутробного инфицирования; контрольную группу (II) составили 40 здоровых рожениц.

В зависимости от разновидности этиологического фактора первая группа пациенток была распределена на три подгруппы:

- А – подгруппа, которая включала 40 пациенток с невыявленным возбудителем микробной инфекции;
- В – подгруппа, включавшая 45 пациенток с выявленной инфекцией вирусной этиологии;
- в подгруппе С находились 40 рожениц с выявленным возбудителем инфекции.

Статистическая обработка материала производилась с использованием пакетов приложений Microsoft Office 2007 и программы статистической обработки материала Statistica (версия 6.0).

Результаты и их обсуждение

Данное исследование показало, что у беременных женщин с отягощенным акушерским анамнезом проявления функциональной незрелости плода наблюдались из 130 у 27 новорожденных, что составило 21%, а беременные контрольной группы (здоровые роженицы) родили 4 новорожденных (10%) из 40 с признаками функциональной незрелости.

С задержкой внутриутробного развития плода среди доношенных новорожденных детей от матерей первой группы родились 11 детей (8,5%).

Из них новорожденные дети с задержкой внутриутробного развития родились от 2 родильниц с невыявленной микробной инфекцией (4,4%), 3 – от матерей с выявленной инфекцией вирусной этиологией (6,7%) и у 5 пациенток – с наличием смешанных возбудителей (11,1%).

У матерей контрольной группы новорожденные с задержкой внутриутробного развития не рождались.

По результатам УЗИ и доплерографического исследования признаки хронического кислородного голодания плода во всем периоде беременности диагностировались только клинически, такие как регресс сердцебиения, снижение подвижности плода и др.

Признаки гипоксии плода были отмечены у 22 рожениц основной группы (17,6%): у подгруппы 1А – у 7 рожениц, что составило 15,5%, у подгруппы 1В – у 5 (11,1%) и у подгруппы 1С – у 10 (25%). Клинических, ультразвуковых, доплерографических данных о хроническом кислородном голодании плода у матерей контрольной группы не выявлено.

Самым критическим результатом снижения поступления кислорода или отсутствие его поступления является рождение новорожденного в асфиксии. По результатам исследования, данное осложнение выявлено у 3 новорожденных детей, которые родились от рожениц первой группы (2,3%), при этом наблюдалось преждевременное отхождение околоплодных вод, отмечался затянувшийся предродовой период с появлением нерегулярных, чрезмерно болезненных схваток с последующим развитием слабости родовой деятельности. В этих случаях родоразрешение проводилось путем кесарева сечения.

У всех детей, родившихся от матерей второй группы, осложнений не наблюдалось.

Мальформации обнаружены у 9 новорожденных детей, которые родились от родильниц первой группы (7,2%) и у 2 новорожденных – от матерей второй группы (5%).

Анализ структуры патологии новорожденных, рожденных от матерей 1-й и 2-й групп, представлен в следующей таблице.

Сопутствующая патология новорождённых,
родившихся от матерей 1-й и 2-й групп

Патология новорожденного	Группы			
	1			2
	1А (n=40)	1В (n=45)	1С (n=40)	(n=40)
Признаки морфо-функциональной незрелости	3 (7,5%)	2 (4,4%)	16 (40,0%)	2 (5%)
Гипотрофия плода (ЗВУР)	2 (5%)	3 (6,7%)	5 (12,5%)	10 (25%)
Гипоксия плода в родах	6 (15%)	4 (8,8%)	11 (27,5%)	–
Пороки развития	2 (5%)	3 (6,7%)	4 (10,0%)	2 (5%)
Признаки ВУИ плода	5 (12,5%)	7 (15,5%)	17 (42,5%)	–
Аntenатальная гибель плода	–	1 (2,2%)	1 (2,5%)	–

Признаки внутриутробного инфицирования были изучены во всех подгруппах. Установлено, что тяжесть проявления процесса инфекции была тесно взаимосвязана с выявленным внутриутробным инфицированием плода. От матерей с патологией мочеполовой системы родились 30 (23,1%) детей с внутриутробным инфицированием. При этом клинические признаки ВУИ в раннем неонатальном периоде проявлялись у 5 новорожденных 1А подгруппы (11,1%), у 7 детей, рожденных матерями 1В подгруппы (15,6%) и 17 новорожденных – 1С подгруппы (42,5%).

В контрольной группе исследования гипоксии плода и новорожденного, внутриутробного инфицирования не выявлено, также не отмечалось антенатальной гибели плода.

Заключение

Таким образом, отягощенный анамнез во время беременности относится к факторам риска возникновения септического процесса в период новорожденности. При этом лидирующей в возникновении патологического процесса является комбинация бактериально-вирусной инфекции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллоева Н.Ш. Комплексная терапия при врожденной пневмонии у новорожденных // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. Душанбе. 2010. №2. С.12-15.
2. Вохидов А.В. Пути снижения младенческой смертности // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. Душанбе. 2012. №2. С.11-14.

3. Исмоилов К.И. Диагностика и лечение пневмонии новорожденных // Здравоохранение Таджикистана. Душанбе. 2012. № 2. С.12-14.

4. Олимова К.С. Диагностика и лечение внутриутробной пневмонии у новорожденных и детей раннего возраста // Здравоохранение Таджикистана. 2012. №2. С.45-48.

5. Павлов О.В., Сельков С.А., Соколов Д.И. Механизмы иммунорегуляции развития плаценты // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. № 3. С.136-140.

6. Сухих Г.Т., Сидельникова В.М., Тетрашвили Н.К. Ведение первого триместра беременности у женщин с привычными ранними гестационными потерями, обусловленными иммунологическими нарушениями // Вестник Российского университета дружбы народов. М. 2009. № 6. С. 125-130.

REFERENCES

1. Abdulloeva N. Sh. Kompleksnaya terapiya pri vrozhdennoy pnevmonii u novorozhdennykh [Complex therapy in congenital pneumonia in newborns]. *Pediatrics and Pediatric Surgery of Tajikistan, Dushanbe*, 2010, No. 2, pp.12-15.
2. Vokhidov A. V. Puti snizheniya mladencheskoy smertnosti [Ways to reduce infant mortality]. *Pediatrics and Pediatric Surgery of Tajikistan, Dushanbe*, 2012, No. 2, pp.11-14.
3. Ismoilov K. I. Diagnostika i lechenie pnevmonii novorozhdennykh [Diagnosis and treatment of neonatal pneumonia]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan, Dushanbe*, 2012, No. 2, pp. 12-14.
4. Olimova K. S. Diagnostika i lechenie vnutriutrobnoy pnevmonii u novorozhdennykh i detey rannego vozrasta [Diagnosis and treatment of intrauterine pneumonia in newborns and young children]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2012, No. 2, pp. 45-48.
5. Pavlov O. V., Selkov S. A., Sokolov D. I. Mekhanizmy immunoregulyatsii razvitiya platsenty [Mechanisms of immune develop-

ment of placenta]. *Zhurnal Akusherstva i Zhenskikh Bolezney – Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, 2011, No. 3, pp. 136-140.

6. Sukhikh G. T., Sidelnikova V. M., Tetrushvili N. K. Vedenie pervogo trimestra beremennosti u zhenshchin s privychnymi rannimi gestatsionnymi poteryami, obuslovlennymi immunologicheskimi narusheniyami [Maintain of the first trimester of pregnancy in women with habitual early gestational losses caused by immunological disorders]. *Vestnik Rossiyskogo universiteta druzhby narodov – Herald of the Russian Peoples' Friendship University*, Moscow, 2009, No. 6, pp. 125-130.

Сведения об авторах:

Рахматова Рухиона Акрамовна – докторант Научного центра педиатрии и детской хирургии, к.м.н.

Рахмонова Парвина Эмомалиевна – научный сотрудник Научного центра педиатрии и детской хирургии

Тиллоева Фарзона Хокимшоевна – научный сотрудник Научного центра педиатрии и детской хирургии

Контактная информация:

Рахматова Рухиона Акрамовна – тел: +992909968228

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.154.19-053

Рахмонова П.Э., Тиллоева Ф.Х., Набиев З.Н.

ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Rakhmonova P.E., Tilloeva F.Kh., Nabiev Z.N.

THE STUDY OF THE IMMUNOLOGIC STATUS DURING PNEUMONIA IN NEWBORNS AND CHILDREN OF EARLY AGE

«Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child's Surgery» State Institution

Цель исследования. Применение иммуноглобулина в интенсивной комплексной терапии при тяжелой форме пневмонии.

Материал и методы. Проведено клиническое наблюдения 53 больных детей в возрасте от 7 дней до 1 года, получивших лечение в отделении реанимации, интенсивной терапии и отделении детей раннего возраста соматического отделения Национального медицинского центра за период 2013 года.

Результаты. У новорожденных и детей раннего возраста на фоне изменения в бронхолегочной системы и угнетения иммунных нарушений, клинико-лабораторных показателей имелось отклонение от показателей нормы. У 16 (30,2%) больных был выявлен лейкоцитоз и у 11 (20,8%) – нейтрофилезный сдвиг влево. На фоне изменения формулы крови у всех исследуемых групп больных наблюдались высокие данные скорости оседания эритроцитов, что составило $29,5 \pm 3,4$ мм/ч. Показатели С-реактивного белка у 21 (39,6%) отмечались повышенным.

Заключение. Приведенные данные исследования доказывают о необходимости применения иммуноглобулина в комплексной терапии больных детей с заболеваниями органов дыхания.

Ключевые слова: дети, иммунный статус, пневмония, иммуноглобулины

Aim. Use of an immunoglobulin in intensive complex care in severe form of pneumonia.

Materials and methods. On the basis of clinical observation of 53 ill children in the age of 7 days to 1 year who received treatment in reanimation unit, intensive therapy unit and unit for children of early age of somatic unit of the National medical center in 2013.

Results. Newly born and children of early age because of changes in the bronchopulmonary system and oppression of immune disorders, clinical and laboratory parameters had deviations from indicator norms. 16 (30,2%) patients had leukocytosis and 11 (20,8%) patients had neutrophilic leftward shift change. Because of changes in blood formula in all the studygroups of patients high erythrocyte sedimentation rate data, which was $29,5 \pm 3,4$ mm / h was indicated. 21 (39,6%) of patients had high indicators of C-reactive protein.

Conclusion. These study data provide evidence of the need for immunoglobulin use in the complex therapy of ill children with respiratory diseases.

Key words: children, immune status, pneumonia, immunoglobulins

Актуальность

Заболевания органов дыхания у новорожденных остаются лидирующими среди других патологических состояний раннего возраста в республике. Необходимо отметить, что патологические изменения в бронхолегочной системе у новорожденных являются одной из ведущих причин летальности и составляют от 18% до 24%.

Многочисленные исследования доказывают, что высокая частота врожденной пневмонии у новорожденных связана с угнетением иммунного статуса и усилением продуктов перекисидации [2, 3]. На фоне дисфункции иммунных систем возникают легочные осложнения и тяжелое течение пневмонии.

Несмотря на внедрение новых технологий в диагностике и комплексном лечении с учетом дисфункции органов и систем остаются неизученными вопросы этиопатогенеза и отдельные его аспекты. Не определена роль антиэндотоксиновой защиты в патогенезе тяжелого и осложненного течения заболевания, не изучено влияние составляющих её факторов на течение и исходы пневмонии.

Важной проблемой является разработка рациональной этиотропной терапии на фоне постоянно развивающейся антибиотикорезистентности микроорганизмов [3, 4], лечение с учетом особенностей иммунологического ответа организма [1, 5]. Недостаточно разработаны вопросы патогенетической терапии, в том числе дезинтоксикационной, обоснованной и эффективной иммунокоррекции у детей при тяжелой пневмонии.

В этой связи является актуальным дальнейшее изучение этиопатогенетических аспектов заболевания и иммунных нарушений, приводящих к тяжелому и осложненному течению острой пневмонии, что позволит обосновать принципы патогенетической, иммунокорректирующей терапии, направленных на регуляцию и устранение выявленных изменений.

Материал и методы исследования

Работа основана на результатах клинических наблюдений 53 больных детей в возрасте от 7 дней до 1 года, получивших лечение в отделении реанимации, интенсивной терапии и отделении детей раннего возраста соматического отделения Национального медицинского центра за 2013 год.

Из исследуемых групп больных у 18 (34%) имела место сопутствующая патология (анемия, рахит, гипотрофия).

Всем больным с момента поступления в клинику проводились клинико-лабораторные исследования с определением иммунных показателей. С этой целью использовались иммуномодуляторы и введение иммуноглобулина нормального человека для внутривенного введения (ИГВВ) фирмы "ИмБио". Иммуноглобулин вводили внутривенно из расчета 0,1 г/кг м.т. два раза с интервалом 7 дней. Введение иммуноглобулина осуществлялось на фоне антибактериальной терапии с учетом бактериального исследования. Кроме того, постоянно проводилась интенсивная детоксикационная терапия.

Всего было пролечено подобным образом 53 больных с острой пневмонией (29 мальчиков и 24 девочки). У 24 больных течение заболевания было расценено – как тяжелое и у 17 больных - как крайне тяжелое. У всех пациентов инфильтрация легочной ткани носила или полисегментарный характер, или долевой характер с вовлечением в процесс плевры. Лихорадочный период продолжался 8-10 дней, температура повышалась до 38°C и более. Признаки эндогенной интоксикации сохранялись на протяжении 10-12 дней. У всех пациентов в первые дни болезни наблюдалась одышка в покое, число дыханий в среднем составляло $42,4 \pm 2,6$ в минуту. У 19 больных детей отмечалась выраженная дыхательная недостаточность, после проведения реанимационных мероприятий они были переведены на ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции.

Статистическая обработка материала производилась с использованием пакетов приложений Microsoft Office 2007 и программы статистической обработки материала Statistica (версия 6.0).

Результаты и их обсуждение

Результаты проведенного исследования показали, что у новорожденных и детей раннего возраста на фоне изменений в бронхолегочной системе и угнетения иммунных нарушений клинико-лабораторных показателей имелись выраженные отклонения от показателей нормы. У 16 (30,2%) больных имелся лейкоцитоз и у 11 (20,8%) – нейтрофилезный сдвиг влево. На фоне изменения формулы крови у всех исследуемых

групп больных наблюдались высокие данные скорости оседания эритроцитов – $29,5 \pm 3,4$ мм/ч. Показатели С-реактивного белка у 21 (39,6%) отмечались повышенными.

На фоне комплексной терапии с учетом коррекции иммунных нарушений у 4 (7,5%) больных в рентгенологической картине наблюдались деструктивные изменения. Проведенные лабораторные исследования обнаружили угнетение иммунного статуса во всех классах, которое коррелировало с тяжестью течения и сопутствующей патологией. Из 53 больных у 32 (60,4%) имело место угнетение 2 и 3 классов иммуноглобулинов: А, М, G.

Больным детям вводились иммуноглобулины 1-2 раза с промежутком в 5 дней. Наши наблюдения свидетельствовали о стабилизации общих показателей и уменьшении синдрома эндогенной интоксикации. Нормализация температуры наблюдалась у 21 (39,6%) больного. Это проявлялось в снижении признаков гипоксии мозга, что выражалось не только в восстановлении полной ориентации в окружающем пространстве, времени, но и в проявлении интереса к окружающей жизни. У больных исчезла тошнота, рвота, головокружение, снижалась адинамия. На 2-3-е сутки происходило снижение частоты дыхания на 4-5 в минуту, хотя аускультативная симптоматика изменилась незначительно. Отмечалась тенденция к нормализации температуры. У 7 детей после первого введения ИГВВ клинический «перелом» болезни отчетливо не определялся. Явное улучшение состояния у них было отмечено после второго введения иммуноглобулина. Четко прослеживалось иммуностимулирующее влияние ИГВВ. Перед выпиской из стационара уровень в крови IgA составил $204,8 \pm 6,3$ мг% (при исходном $186,4 \pm 7,2$ мг%), IgM – $151,6 \pm 5,3$ мг% (при исходном $124,5 \pm 6,1$ мг%), IgG – $1384,6 \pm 21,6$ мг% (при исходном – $1209,7 \pm 41,2$ мг%). Мы не проводили специального сравнения динамики иммунологических показателей при различных видах лечения. Но, как известно из литературных источников и по нашим данным, при общепринятом лечении восстановление нормальных показателей иммунного статуса происходит спустя 4-6 месяцев после выписки из стационара. Трое больных детей были выписаны с остаточными изменениями в рентгенограмме.

Заключение

Применение фитопрепаратов с ортопедич-Приведенные данные исследования доказывают необходимость применения иммуноглобулина в комплексной терапии больных детей с заболеваниями органов дыхания. Применение иммунных препаратов у больных на фоне тяжести пневмонии необходимо осуществлять с учетом клиничко-лабораторных данных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллоева Н.Ш. Гемодинамические нарушения у новорожденных с внутриутробной пневмонией // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2011. №1. С.8-11.
2. Вохидов А.В. Внутриутробная инфекция и их коррекция у новорожденных // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2012. №3. С.17-22.
3. Исмоилов К.И. Особенности иммунологической реактивности детей с железодефицитной анемией // Здравоохранение Таджикистана. 2011. №3. С.161-164.
4. Рахматова Р.А. Свободнорадикальное окисление при септических состояниях у новорожденных // Вестник Таджикского технического университета. Душанбе. 2011. №1 (13). С.19-22.
5. Рахматова Р.А. Коррекция дыхательной недостаточности у новорожденных с врожденными пороками развития // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2012. №2. С.34-35.

REFERENCES

1. Abdulloeva N. Sh. Gemodinamicheskie narusheniya u novorozhdennykh s vnutriutrobnoy pnevmoniey [Hemodynamic disorders in newborns with intrauterine pneumonia]. *Pediatriya i Detskaya Khirurgiya Tadjikistana – Pediatrics and Pediatric Surgery of Tajikistan*, 2011, No. 1, pp. 8-11.
2. Vokhidov A. V. Vnutriutrobnaya infektsiya i ikh korrektsiya u novorozhdennykh [Intrauterine infection and its correction in newborns]. *Pediatriya i Detskaya Khirurgiya Tadjikistana – Pediatrics and Pediatric Surgery of Tajikistan*, 2012, No. 3, pp. 17-22.
3. Ismoilov K. I. Osobennosti immunologicheskoy reaktivnosti detey s zhelezodefitsitnoy anemiyey [Features of immunological reactivity of children with iron deficiency anemia]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Public Health of Tajikistan*, 2011, No. 3, pp. 161-164.
4. Rakhmatova R. A. Svobodnoradikalnoe okislenie pri septicheskikh sostoyaniyakh u novorozhdennykh [Free radical oxidation in septic conditions in newborns]. *Vestnik Tadjikskogo Tekhnicheskogo Universiteta – Herald of the Tajik Technical University*, Dushanbe, 2011, No. 1 (13), pp. 19-22.
5. Rakhmatova R. A. Korrektsiya dykhatelnoy nedostatochnosti u novorozhdennykh s vrozhdannymi porokami razvitiya [Correction of respiratory failure in newborns with congenital developmental anomalies]. *Pediatriya i Detskaya Khirurgiya Tadjikistana – Pediatrics and Pediatric Surgery of Tajikistan*, 2012, No. 2, pp. 34-35.

Сведения об авторах:

Рахмонова Парвина Эмомалиевна – научный сотрудник Научного центра педиатрии и детской хирургии
Тиллоева Фарзона Хокимшоевна – научный сотрудник Научного центра педиатрии и детской хирургии
Набиев Зоир Нарзуллоевич – директор ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», д.м.н

Контактная информация:

Набиев Зоир Нарзуллоевич –

Саидмуродова Р.Х., Махкамов К.К., Ходжибекова Н.О., Бузрукова Н.Д., Холинова М.М.

АСПЕКТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ И ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГНОЗА ИХ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Saidmuradova R.Kh., Makhkamov K.K., Khodzhibekova N.O., Buzrukova N.D., Kholinova M.M.

ASPECTS OF NURSING OF UNDERWEIGHT CHILDREN AND OPTIMIZATION OF PROGNOSIS OF THEIR FURTHER DEVELOPMENT

Department of Neonatology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

Цель работы. Изучить особенности выхаживания и прогноза дальнейшего развития маловесных детей.

Материал и методы исследования. Проведено клиническое исследование 120 новорожденных, родившихся массой тела до 1500 грамм, которые были разделены на 3 группы.

Результаты. Комплексное обследование детей с малой массой тела при рождении выявило ряд клинико-функциональных и метаболических особенностей, на основе чего должна строиться программа их выхаживания с рождения. Отмечается высокая частота синдромов нарушения постнатальной адаптации: синдром дыхательных расстройств в 80%, отечный синдром – 100%, судорожный синдром – у 40%. Отмечена коррелятивная зависимость внутрижелудочковых кровоизлияний от гестационного возраста менее 30 недель, наличия быстрых родов у матери, искусственной вентиляции лёгких у ребёнка. Гипогликемия наблюдалась у 68%, гипocalциемия – у 42%, гипернатриемия – у трети исследуемых детей. У 62% детей отмечена реализация септического процесса в раннем неонатальном периоде.

Заключение. Совершенствование организационных форм оказания помощи в антенатальном периоде и периоде ранней адаптации детям с малой массой тела, адекватная реанимация и их реабилитация должны стать основным направлением в решении проблем.

Ключевые слова: новорожденный, малая масса тела при рождении, задержка внутриутробного развития, реанимация, профилактика

Aim. To study the features of nursing and prognosis of further development of underweight children.

Materials and methods. Carried out a clinical study of 120 newborns, who were born weighing up to 1500 grams. They were divided into 3 groups.

Results. Comprehensive survey of children with low body mass revealed a number of clinical, functional and metabolic characteristics, based on them we must built a program of nursing. Not fully formed functional systems of organism cause a high frequency of postnatal adaptation disorders syndromes: respiratory distress syndrome – 80%, edema syndrome – almost 100%, convulsive syndrome – 40%. Noted the correlative dependence of intraventricular hemorrhage with gestational age less than 30 weeks, fast childbirth, mechanical ventilation of lungs in child. Prevention of hypothermia due to the morphofunctional immaturity of premature children is important, therefore is necessary to maintain the water and electrolyte metabolism. Hypoglycemia observed in 68%, hypocalcemia – in 42%, hypernatremia – in 30% of investigated children. In 62% of children marked the realization of septic process in early neonatal period.

Conclusion. Improvement of organizational forms of rendering of assistance during the antenatal period and period of early adaptation of children with low body mass, adequate reanimation and their rehabilitation should be the main direction in solving of mentioned problems.

Key words: newborn, low birth body mass, delay of prenatal development, reanimation, prevention

Актуальность

Достижения в области перинатологии, стремительно развивающейся в последние десятилетия, во всем мире привели к значительному повышению выживаемости недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Важность этой проблемы подчеркивается тем, что недоношенность очень заметно влияет на показатели детской заболеваемости и смертности, т.к., по данным мировой статистики, риск смерти недоношенного ребёнка в 35-40 раз выше, чем доношенного новорожденного [1, 2]. Кроме того, проблема недоношенности ставит перед нами, помимо медицинских, множество медико-социальных вопросов, особенно, когда речь заходит о прогнозе последующего развития таких детей. С учётом вышеизложенного, особенности выхаживания и прогноза дальнейшего развития маловесных детей представляются актуальными.

Материал и методы исследования

Перед перинатологами стоит задача изучения клинико-функциональных и метаболических особенностей маловесных новорожденных, на основе чего строится программа их выхаживания. Главной среди этих особенностей является незрелость организма, которая проявляется в невозможности адекватного взаимодействия ведущих органов и систем с внешней средой. С позиций современного подхода к оценке новорожденных с учетом зрелости, физического развития и гестационного возраста среди детей с малой массой тела при рождении менее 1500 г новорожденные были разделены на 3 группы. Первая - новорожденные с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) или «маленькие» по сроку, т.е., не соответствующие по своему сроку гестации. Масса их тела варьировала от 800 до 1500 г при гестационном возрасте 31-40 недель. Они составили 28,7% (34 ребенка), а 16% этих детей родились при сроке беременности 37-40 недель, т.е., были доношенными новорожденными с глубокими нарушениями роста и развития.

Две другие группы (2-3 группы) – это недоношенные дети с признаками морфофункциональной незрелости, но соответствующие по своим физическим данным своему сроку гестации; во 2 группе масса тела детей при рождении была от 1000 до 1500 г при гестационном возрасте 28-30 недель. Их было 68 (56%). С крайней степенью незрелости – 3 группа, имеющие массу тела от 600 до 999 г при гестационном возрасте 24-27 недель, составили 18 новорожденных (15,3%).

Результаты и их обсуждение

Дети первой группы со ЗВУР характеризовались более высокой степенью зрелости, чем это можно было предположить при их массе тела при рождении. Наряду с низкой массой тела у этих новорожденных наблюдалось уменьшение и

других параметров физического развития, таких как длина тела и, что особенно важно, окружности головы, по сравнению с должной гестационному возрасту. Диспропорция телосложения, особенно большая голова и узкая грудная клетка, по сравнению с другими частями тела, была особенностью этой группы детей. Обращало на себя внимание наличие нескольких стигм дисэмбриогенеза, был наиболее высок удельный вес врождённых пороков и хромосомных аномалий. Так, частота хромосомных aberrаций отмечалась в 2 раза больше, чем в общей группе детей с задержкой внутриутробного развития. Из 48 детей с массой тела 1500 г и менее, имевших признаки задержки внутриутробного развития, выявлено 8 новорожденных с хромосомными аномалиями, что составило 12,8%.

Необходимо отметить, что две другие исследуемые группы (2 и 3 с массой тела детей от 1000 до 1500 г и от 600 до 999 г соответственно, при сроке гестации 28-30 недель и 24-27 недель) отличались от первой группы более выраженными признаками морфофункциональной незрелости при аналогичных показателях массы тела при рождении.

Анализ работы показал различную значимость одних и тех же неблагоприятных факторов в анамнезе в исследуемых группах детей с массой тела 1500 грамм и менее. В формировании задержки внутриутробного развития установлена роль сложного комплекса неблагоприятных факторов, обусловленного наличием хронических соматических заболеваний у матери – у 48%, гестозов – 36%, патологии плаценты и пуповины – 22%, многоплодия – 31%, вредных привычек – у 11%.

Большую роль в реализации нарушения роста и развития играют генетические факторы, обуславливающие сниженный порог к вредным воздействиям во внутриутробном периоде. В то же время в группе детей с внутриутробным развитием, соответствующим гестационному возрасту, особенно с массой тела менее 1250 г, обращала на себя внимание высокая частота гинекологических заболеваний у матери (76%), отягощённый акушерский анамнез, истмико-цервикальная недостаточность. В этой группе детей отмечен относительно большой процент незамужних женщин (более 1/3) и попыток искусственного прерывания беременности. Рождение этих детей на относительно ранних стадиях развития функциональных систем обуславливает высокую частоту синдромов нарушения постнатальной адаптации: синдрома дыхательных расстройств (СДР) в 80%, отечного синдрома почти у всех детей, судорожного синдрома в 40%. Характерной особенностью исследуемой группы детей была высокая частота внутричерепных кровоизлияний. Ультразвуковое исследование мозга новорожденных массой тела

менее 1250 грамм выявило внутрижелудочковые кровоизлияния у 43% всех групп детей, а, по данным Т.А. Ганчевой и Г.В. Яцыка [1-4], среди умерших новорожденных с такой весовой группой при патологоанатомическом вскрытии внутрижелудочковые кровоизлияния выявлены почти у 50%. Развитие данной патологии наблюдалось от 12 часов жизни от рождения до 2 х суток, что имело важное значение в определении тактики ухода и проведения манипуляций для оказания медицинской помощи. Отмечена коррелятивная зависимость внутрижелудочковых кровоизлияний от гестационного возраста менее 30 недель, быстрых родов у матери, искусственной вентиляции легких у ребенка (ИВЛ).

Выхаживание детей с малой массой тела всегда строится по принципу интенсивного ухода, где 90% детей с массой тела менее 1500 г, 46% детей с массой тела до 1500 грамм нуждались в этом. Но исследование показало, что ранее разработанные подходы для недоношенных детей (режимы ИВЛ, инфузионная терапия) приводят нередко к таким осложнениям, как гемодинамические расстройства, повышение в крови уровня мочевины, увеличение уровня прямого билирубина, если не соблюдать режим тепловой цепочки, согласно уровню зрелости маловесного ребенка и их склонности к гипотермии. Так, наблюдения показали, что дети массой тела менее 1250 г нуждаются в более высокой температуре кювеза для сохранения нормальной температуры тела: в первые 3-7 дней 35-37°C, и только на 3 неделе температуру среды выхаживания снижали до 32-33°C. Такое повышение температуры среды выхаживания требовало мероприятий, предотвращающих большую потерю жидкости через кожу, что имеет важное значение в поддержании водно-электролитного баланса ребёнка.

Во всех трех исследуемых группах детей массой менее 1500 г было отмечено наличие гипогликемии у 68%, гипокальциемии у 42% гипернатриемии у 38% новорожденных. Также наблюдалось снижение сатурации кислородом при таких манипуляциях, как изменение положения ребенка, проведение медицинских манипуляций, особенно в первые дни жизни. Столь резкое падение напряжения кислорода в крови может быть одной из причин острой гипоксии, сопровождающейся избыточным артериальным кровотоком в сочетании с венозным застоем и увеличением венозного давления в сосудах мозга, что может привести к постнатальным внутрижелудочковым кровоизлияниям [3].

Также заслуживает внимания такая проблема, как инфекционно-воспалительные заболевания, частота которых была особенно высока в исследуемой группе новорожденных. Так, в группе детей

с массой менее 2500 грамм у 62%, а в группе до 1500 грамм у 36% отмечена реализация септического процесса в раннем неонатальном периоде.

Вопрос прогноза дальнейшего развития маловесных детей является отражением адекватной помощи в перинатальном периоде будущей матери и ее ребенку. По данным многих исследований [1], в результате внедрения специальной программы интенсивной перинатальной помощи детям с малой массой тела увеличилась выживаемость новорожденных с массой тела от 500-999 грамм до 42%, от 1000 до 1500 грамм – до 88%.

По нашим данным, в трех исследуемых группах у детей, где масса тела при рождении была менее 1250 грамм, выживаемость в неонатальном периоде в 2015 г. увеличилась до 21% по сравнению в 2014 г. – 16%, а у новорожденных с массой тела до 1500 грамм – 81 % (по сравнению с 73% в 2014 г.). Анализ наблюдения исследуемой группы до 1 года выявил неблагоприятный исход в виде нарушения психофизического развития (у 38%) и двигательных расстройств (у 13%). Данная патология имела корреляцию с гестационным возрастом, массой тела при рождении, тяжелыми повторными апноэ, повышением концентрации билирубина и низким социально-экономическим статусом родителей. Было выявлено, что для прогноза дальнейшего развития ребенка, помимо самого факта недоношенности или маловесности, большое значение имеют условия внутриутробного развития, течение родов, состояние ребенка после рождения и уровень оказания ему помощи в перинатальном периоде.

Успех в выхаживании недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении находится в непосредственной зависимости от уровня профессионализма медицинского персонала (как врачей, так и среднего медицинского), адекватности реанимации и интенсивной терапии, от оснащения медицинских учреждений необходимой аппаратурой, медикаментами, вспомогательными средствами. Но все-таки, основным резервом выживаемости и дальнейшего благоприятного прогноза развития маловесных детей является профилактика преждевременных родов и нарушений внутриутробного развития плода.

Заключение

Таким образом, совершенствование организационных форм оказания помощи в антенатальном периоде и в периоде ранней адаптации детям с малой массой тела, адекватная реанимация, интенсивный уход и их реабилитация должны стать основным направлением в решении этой важной проблемы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганчева Т.А. Факторы риска рождения детей с малой массой тела до 1500 г, структура заболеваемости, смертности и организация выхаживания // Вопр. охр. мат. и дет. 1990. № 10. С. 60-61.

2. Саидмурадова Р.Х. Маловесные дети (клинико-социальные исследования): автореферат дисс.. канд. мед. наук. М., 1990. 23 с.

3. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С., Алямовская Г.А. Особенности психомоторного развития недоношенных детей, рождённых с массой тела менее 1000 г // Рос. Вестн. Перинатол. и педиатр. 2002. Т. 47, № 4. С. 20-24.

4. Яцык Г.В., Бомбардинова Е.П., Токова Е.И. Нервно-психическое развитие глубоко недоношенных детей // Детский доктор. 2001. №3. С. 8-10.

REFERENCES

1. Gancheva T. A. Faktory riska rozhdeniya detey s maloy massoy tela do 1500 g, struktura zaboлеваemosti, smertnosti i organizatsiya vykhazhivaniya [Factors of the risk of children born with low body weight up to 1500 g, the structure of morbidity, mortality and the organization of nursing]. *Voprosy Okhrany Materi i Detey – Questions of Mother and Child Protection*, 1990, No. 10, pp. 60-61.

2. Saidmuradova R. Kh. *Malovesnye deti (kliniko-sotsialnye issledovaniya)*. Avtoreferat diss. kand. med. nauk [Low birthweight children (clinical and social studies). Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Moscow,

1990. 23 p.

3. Sakharova E. S., Keshishyan E. S., Alyamovskaya G. A. Osobennosti psikhomotornogo razvitiya nedonoshennykh detey, rozhdennykh s massoy tela menee 1000 g [Features psychomotor development of preterm infants born weighing less than 1000 g]. *Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i pediatrii – Russian Herald of Perinatology and Pediatrics*, 2002, Vol. 47, No. 4, pp. 20-24.

4. Yatsyk G. V, Bombardirova E. P., Tokova E. I. Nervno-psikhicheskoe razvitie gluboko nedanoshennykh detey [Neuropsychological development.

Сведения об авторах:

Саидмурадова Рано Хабибуллоевна – доцент кафедры неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Махкамов Кахрамон Каюмович – зав. кафедрой неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Ходжибекова Нурихон Ориповна – доцент кафедры неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Бузрукова Назокат Джалоловна – асс. кафедры неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Холинова Марджона Муборакиевна – клинический ординатор кафедры неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Саидмурадова Рано Хабибуллоевна – тел.: +992 917530808; e-mail: r.zz54@mail.ru

© М.М. Рузиев, 2016

УДК: 616.98:578.828-364 (575.3)

Рузиев М.М.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД»

Ruziyev M.M.

FEATURES OF HIV INFECTION PREVALENCE AMONG CHILDREN IN TAJIKISTAN

«Republican Center for Prevention and Fight against AIDS» State Institution

Цель работы. Изучение распространенности ВИЧ-инфекции среди детей и факторы риска её передачи.

Материал и методы исследования. Изучались официальные материалы республиканского и региональных центров по профилактике и борьбе со СПИД, амбулаторные карты и истории болезней беременных женщин и их детей, с проведением одномоментного перекрестного анкетного опроса ВИЧ положительных матерей за период 2002-2015 гг. 637 детей (0-14 лет).

Результаты. По состоянию на декабрь 2015 г. кумулятивное число официально зарегистрированных ВИЧ-положительных детей младше 15 лет в Таджикистане составило 637 человек, 370 (58,3%) из них не имели ВИЧ-положительных матерей. Путь передачи инфекции был зарегистрирован как «неизвестный». Не исключена возможность внутрибольничной передачи инфекции либо при проведении манипуляций, связанных с повреждением кожных покровов и слизистых оболочек: прием домашних родов, прокол мочки уха, обрезание крайней плоти, иглорефлексотерапия и др., вне медицинских учреждений, например, у знахарей (по обращению к ним родителей детей).

Заключение. Работникам Центров борьбы со СПИД следует принимать меры по выявлению механизма передачи ВИЧ по каждому случаю у детей с «неизвестным» путем передачи инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, факторы риска, пути передачи, беременные женщины, дети, люди, живущие с ВИЧ

Aim. The study of the prevalence of HIV infection among children and their factors of transmission risk.

Materials and methods. The official materials of republican and regional centers on prevention and fight.

Results. As of December 2015, the cumulative number of officially registered HIV-positive children under 15 years old in Tajikistan is 637. Moreover, 370 or 58,3% of them did not have HIV-positive mothers and their mode of transmission was registered as “unknown.” However, the nosocomial transmission of infection during certain manipulations associated with skin and mucous membrane damages, in particular, during home deliveries, ear-piercing, circumcision, acupuncture, etc., outside of health facilities, for instance, by quacks (parents addressing to them) isn't excluded.

Conclusion. The results indicate that the AIDS center employees should take measures to indicate the mechanism of HIV transmission in each case of children with “unknown” was of transmission.

Key words: HIV infection, risk factors, ways of transmission, pregnant women, children, people living with HIV

Актуальность

Рост количества женщин среди людей, живущих с ВИЧ, является тревожной тенденцией, и этому вопросу многие исследователи уделяют пристальное внимание [1, 3]. В свою очередь, прямо пропорционально этому возрастает и количество детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Вероятность заражения ребенка от ВИЧ-инфицированной матери составляет в среднем 25-35% [2, 4, 5]. Для своевременного выявления ВИЧ и назначения профилактического лечения антиретровирусными препаратами все беременные женщины должны обследоваться в женской консультации, что не всегда проводится. В свете изложенного необходимо проведение комплекса мер по профилактике ВИЧ и других гемоконтактных инфекций среди детей.

Материал и методы исследования

Изучались официальные материалы республиканского и региональных центров по про-

филактике и борьбе со СПИД, амбулаторные карты и истории болезней беременных женщин и их детей, с проведением одномоментного перекрестного анкетного опроса ВИЧ положительных матерей. Всего за период с 2002 г. по 2015 г. изучена медицинская документация 637 детей (0-14 лет).

Статистическая обработка материалов проводилась общепринятыми методами с нахождением процентов, средней скользящей, средней взвешенной арифметической и её средней ошибки с использованием пакетов приложений Microsoft Office 2007.

Результаты и их обсуждение

В стране, начиная с 2011 года, наметилась вызывающая тревогу тенденция роста числа выявляемых новых случаев ВИЧ среди детей в возрасте 0-14 лет. Удельный вес детей среди всех новых случаев инфекции в течение 2012-2015 гг. колебался от 16,2% до 11,1% (таб.).

Случаи регистрации ВИЧ-инфекции среди детей в 2002-2015 гг.

	2002-2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Всего (кумулятивно)
Новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей 0-14 лет (всего)	8	11	5	12	15	71	134	129	123	128	637

В % ко всем новым случаям ВИЧ	1,2	3,2	1,7	2,7	1,5	7,2	16,2	14,7	12,2	11,1	8,2
В том числе с установленным вертикальным путем передачи (передача от матери ребенку)	1	8	3	11	14	26	36	47	57	54	257
В том числе с установленным путем передачи (мать ВИЧ отрицательная) – зарегистрированы как «неизвестный путь передачи»	1	0	2	1	1	45	98	82	66	74	370
В том числе при гемотрансфузии	6	3	1	–	–	–	–	–	–	–	10

По состоянию на декабрь 2015 г., кумулятивное число официально зарегистрированных ВИЧ-положительных детей младше 15 лет в Таджикистане составило 637 человек (табл.) или 8,2% от кумулятивного числа всех ЛЖВ (6117 человек).

Причем, как видно из таблицы, в стране почти в два раза увеличилось число ВИЧ-положительных детей с вертикальным путём передачи инфекции. Данный факт требует целенаправленного выяснения причин и факторов увеличения с одновременной интенсификацией и повышением качества профилактических мер среди женщин репродуктивного возраста, включая беременных женщин.

Большинство случаев ВИЧ инфицирования детей установлено по результатам клинико-лабораторного и эпидемиологического обследований, которые были проведены спустя определенное время после родов и первичного обращения родителей за медицинской помощью в связи с возникшими проблемами в состоянии здоровья их детей. При этом из анамнеза установлено, что матери этих детей не обращались в дородовые учреждения во время беременности и, соответственно, не проходили тестирование на ВИЧ. Тестирование на ВИЧ, проведенное матерям при упомянутом первичном их обращении по поводу проблем у детей, у всех выявило ВИЧ-инфекцию.

В 2015 году в стране при поддержке ЮНИСЕФ было проведено исследование по определению качества и эффективности осуществляемой программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР). Исследованием установлено увеличение в рамках ППМ охвата беременных женщин услугами добровольного консультирования и тестирования (ДКТ) в целом по стране. Результаты исследования продемонстрировали некоторые издержки существующей политики тестирования на ВИЧ (алгоритм тестирования). По используемому алгоритму все положительные результаты тестирования должны подтверждаться исследованием ИФА и иммунным блоттингом,

что нередко приводит к задержкам верификации диагноза ВИЧ-инфекции и, соответственно, к отсрочке начала АРТ терапии или АРВ профилактики среди беременных женщин в рамках ППМР.

В связи с этим было рекомендовано упростить алгоритм тестирования. Кроме того, было рекомендовано обеспечить в полной мере тест-системами для обследования беременных женщин на ВИЧ, а также обновить национальный клинический протокол по ППМР с учётом последних рекомендаций ВОЗ относительно назначения АРТ-терапии всем беременным женщинам, независимо от количества лимфоцитов CD4 в 1 мкл крови.

Необходимо отметить, что 74 из 128 вновь зарегистрированных ВИЧ-положительных детей в 2015 г. не имели ВИЧ-положительных матерей, то же самое отмечено у 98 детей в 2012 году, у 82 детей – в 2013 и у 66 детей – в 2014 г., поэтому путь передачи инфекции им был зарегистрирован как «неизвестный». Кумулятивно таких детей с 2002 г. по 2015 г. насчитывается 370 человек, или 58,3% от кумулятивного числа всех случаев ВИЧ у детей.

Фактически, действительные причины возникновения ВИЧ-инфекции у названных выше детей (370 человек) остаются вроде бы неизвестными. Однако, при этом мы не можем исключить фактор внутрибольничной передачи инфекции или риска передачи ВИЧ детям при проведении некоторых манипуляций, связанных с повреждением кожных покровов и слизистых оболочек. В частности, при приеме домашних родов, проколе мочки уха, обрезания крайней плоти, иглорефлексотерапии и др., вне медицинских учреждений, например, у знахарей (по обращению к ним родителей детей).

В свете изложенного необходимо в неотложном порядке принять максимально эффективных мер по профилактике и контролю ВИЧ и других гемоконтактных инфекций во всех медицинских учреждениях страны, независимо от форм собственности. При этом исходить из того, что каждый медицинский работник несёт профессиональную

и юридическую ответственность в вопросах предупреждения передачи пациентам ВИЧ-инфекции при оказании им медицинской помощи.

Неукоснительное соблюдение практики безопасных инъекций и других медицинских манипуляций, связанных с нарушением кожных покровов и слизистых оболочек, и сопутствующего инфекционного контроля является неотъемлемой частью обязанностей медработников, так как обеспечивает защиту как их пациентов, так и их самих.

Во всех медицинских учреждениях страны населению должна быть гарантирована безопасность лечебно-диагностических и прочих процедур (внутрикожные, подкожные и внутримышечные инъекции, внутривенные вливания и инъекции, стоматологические процедуры, флеботомия, ланцетные процедуры, все хирургические манипуляции, связанные с повреждением кожных покровов и слизистых оболочек, косметические и пр.). Причем со стороны медицинского работника должна быть обеспечена прозрачность в этой работе в плане визуализации для пациентов или сопровождающих их людей (родители и др.) используемых в работе инъекционных и других медицинских инструментов, а также препаратов и медикаментов.

В учреждениях, кабинетах и других местах бытового обслуживания людей (парикмахерские, салоны красоты, косметологические кабинеты и т.п.) должно быть гарантировано безопасности при проведении всех услуг (процедур), связанных с повреждением (или при наличии риска повреждения) кожных покровов и видимых слизистых оболочек (стрижка волос, бритьё, маникюр, педикюр, косметологические процедуры, прокол мочки уха, обрезание крайней плоти, татуаж, пирсинг и т.п.). Все специалисты, оказывающие перечисленные выше услуги, должны быть обучены по основам инфекционной безопасности и предупреждены об ответственности за нарушения санитарного и противоэпидемического режима в своей работе.

Заключение

Работникам Центров СПИД следует принимать исчерпывающие меры по выяснению механизма передачи ВИЧ по каждому случаю данной инфекции у детей с так называемым «неизвестным» путем передачи. Для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку необходимо обеспечить комплексный межведомственный подход на всех уровнях оказания медико-социальной помощи женщинам и детям. Все специалисты, оказывающие услуги населению, связанные с повреждением кожных покровов и видимых слизистых оболочек, должны быть обучены основам инфекционной безопасности и предупреждены об ответственности за нарушения санитарного и противоэпидемического режима в своей работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобоходжаева М. О. Доступ уязвимых слоёв населения к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья в условиях широкого распространения ИППП/ВИЧ // Научно-практический и теоретический журнал непрерывного последипломного образования ТИППМК. Душанбе. 2011. №1. С. 24-27.
2. Зайцева Н.Н., Кузоватова Е.Е., Носов Н.Н. Профилактика перинатальной передачи ВИЧ в Приволжском федеральном округе // Медицинский альманах. 2012. № 3 (22). С. 78-81.
3. Мирзоев А.С., Хаитова М.М., Карабекова Д.А. Репродуктивная функция женщин, жен мигрантов, инфицированных ВИЧ // Здравоохранение Таджикистана. 2011. №4. С.107-109.
4. Салина Е.Н., Ситник Т.Н., Валявская И.А. Анализ эффективности профилактики вертикальной передачи ВИЧ в Воронежской области // Инфекция и иммунитет. 2012. Т. 2, № 1-2. С. 422-423.
5. Тютенева Ж.А. ВИЧ-инфекция и материнство // Здравоохранение Таджикистана. 2011. № 4. С.107-109.

REFERENCES

1. Bobokhodzhaeva M. O. Dostup uyazvimykh sloev nasele-niya k uslugam v oblasti reproduktivnogo i seksualnogo zdorovya v usloviyakh shirokogo rasprostraneniya IPPP/VICH [Access of vulnerable populations to services in the area of reproductive and sexual health in a wide spread of STI/HIV]. *Nauchno-prakticheskiy i teoreticheskiy zhurnal nepreryvnogo poslediplomnogo obrazovaniya TIPTMP – Scientific-practical and theoretical journal of continuous postgraduate education TIPTMP*, Dushanbe, 2011, No. 1, pp. 24-27.
2. Zaytseva N. N., Kuzovatova E. E., Nosov N. N. Profilaktika perinatalnoy peredachi VICH v Privolzhskom federalnom okruge [Prevention of perinatal transmission of HIV in the Volga Federal District]. *Meditsinskiy Almanakh – Medical Almanac*, 2012, No. 3 (22), pp. 78-81.
3. Mirzoev A. S., Khaitova M. M., Karabekova D. A. Reproduk-tivnaya funktsiya zhenshchin, zhen migrantov, infitsirovannykh VICH [The reproductive function of women, women migrants, people living with HIV]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Public Health of Tajikistan*, 2011, No. 4, pp. 107-109.
4. Salina E. N., Sitnik T. N., Valyavskaya I. A. Analiz effektivnosti profilaktiki vertikalnoy peredachi VICH v Voronezhskoy oblasti [Analysis of the effectiveness of HIV vertical transmission in the Voronezh Region]. *Infektsiya i Immunitet – Infection and Immunity*, 2012, Vol. 2, No. 1-2, pp. 422-423.
5. Tyuteneva Zh. A. VICH-infektsiya i materinstvo [HIV infection and motherhood]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Public Health of Tajikistan*, 2011, No. 4, pp. 107-109.

Сведения об авторах:

Рузиев Муродали Мехмондустович – научный консультант ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе с СПИД», к.м.н.

Контактная информация:

Рузиев Муродали Мехмондустович – 734016, Таджикистан, г. Душанбе, ул. Дехоти - 48; тел.: + 992 918 71 32 66; e-mail: m.ruziev@mail.ru

ОБЗОРЫ

© Коллектив авторов, 2016

УДК 614;614.23

Джабарова Т.С., Мухиддинов Н.Д.

ПОЭТАПНОЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДО- И ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ – ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ ИПОвСЗ РТ

Jabarova T.S., Muhiddinov N.D.

STAGED IMPROVEMENT OF UNDER- AND POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION SYSTEM IS THE GUARANTEE OF QUALITY HEALTH SERVICES TO THE POPULATION OF REPUBLIC OF TAJIKISTAN

State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

Аннотация

В статье рассматривается существующая система до- и последипломного образования медицинских работников в Республике Таджикистан. Приводятся итоги анализа нормативной базы системы медицинского образования и рекомендации по оптимизации и внедрению непрерывного последипломного медицинского образования врачей и средних медицинских работников.

Ключевые слова: врач, средний медицинский работник, последипломное образование, непрерывное образование медработников, медицинские услуги населению, госпитальная служба и первичная медико-санитарная помощь

The article discusses the current system of under and postgraduate education of health workers in the Republic of Tajikistan. We provide the results of the analysis of the regulatory documents of medical education and recommendations for optimization and introduction of continuous postgraduate medical education for doctors and nurses.

Key words: doctor, postgraduate education, continuous education, health services to population, hospital services and primary health care

Основной задачей, стоящей перед системой здравоохранения Республики Таджикистан, является предоставление качественных медицинских услуг и обеспечение их доступности всем слоям населения. Данная задача будет эффективно выполнена при организации качественного образования на до- и последипломном уровнях подготовки медицинского специалиста.

Характерной чертой ситуации, сложившейся в здравоохранении на современном этапе, стал недостаток профессионально подготовленных, иници-

ативных, не боящихся идти на оправданный риск кадров, обладающих способностями стратегического видения проблем пациентов и способов их решения. Ограниченность знаний, их старение, особенно клинических дисциплин, менеджмента, экономики и юриспруденции в здравоохранении превратили профессионально-личностное развитие врачей и менеджеров здравоохранения в ключевой фактор успеха деятельности и личностной состоятельности.

Несмотря на принятую «Национальную стратегию здоровья населения Республики

Таджикистан на 2010-2020 гг.» (постановление Правительства № 368 от 02.08.2010 г.) значимых прогрессивных перемен в подготовке, расстановке и эффективности деятельности кадровых ресурсов в здравоохранении не произошло [5].

Медицинский персонал относится к ресурсам, требующим больших затрат на подготовку квалифицированных специалистов. В отличие от большинства ресурсов, ценность которых со временем снижается, ценность кадровых ресурсов с накоплением профессионализма и опыта увеличивается [1, 2, 3]. На протяжении нескольких десятилетий общей стратегической линией кадровой политики здравоохранения являлось неуклонное наращивание численности медицинских кадров, и качественному уровню специалистов уделялось меньше внимания. Этому способствовало множество проблемных ситуаций в самой системе здравоохранения, а также внешних факторов, связанных со снижением уровня жизни населения Таджикистана, социально-экономической нестабильностью, проблемами с качеством подготовки специалистов и т.д.

В этой связи в рамках Закона «Об образовании» Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан была разработана «Концепция реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан», одобренная постановлением Правительства Республики Таджикистан от 23 февраля 1996 года № 91, согласно которой подготовка кадров проводилась по многоуровневой системе и состояла из следующих этапов.

1. Оконченное высшее медицинское и фармацевтическое образование.
2. Повышение качества подготовки специалистов посредством соответствующего плана приема студентов, повышение квалификации профессорско-преподавательского состава, подготовка и внедрение новых учебных программ.
3. Создание необходимой материально-технической базы.
4. Подготовка врачей новой категории: врачей общей практики и специалистов других областей медицины (с 1996 года).

На основании данной Концепции в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибн Сино, наряду с фармацевтическим и стоматологическим факультетами, был создан общемедицинский факультет. На данном факультете подготавливались врачи по многоуровневой системе.

Первый уровень: подготовка врачей без права врачебной деятельности, со сроком обучения 5 лет.

Второй уровень: подготовка врачей в резидентуре при ТГМУ имени Абуали ибн Сино, в которой в зависимости от выбранной специальности будущие врачи обучались от 2 до 4 лет по

специальностям – семейный врач, врач терапевт, педиатр, хирург, акушер-гинеколог, санитарный врач, эпидемиолог и др.

На фармацевтическом и стоматологическом факультетах обучение проводилось 4 года, и после окончания резидентуры выдавался диплом фармацевта и врача-стоматолога с правом на практическую деятельность.

В ежегодный план приёма абитуриентов внесены изменения – 600 человек в год, что направлено на повышение качества и предотвращение подготовки избыточного количества кадров. Преимущество отдавалось подготовке специалистов из отдаленных районов с целью сокращения географического дисбаланса и по специальностям.

В связи с тем, что система подготовки медицинских кадров не соответствовала рекомендациям ВОЗ, не была нацелена на принятие самостоятельных решений и программа обучения переподготовки семейного среднего медицинского персонала основывалась на развитии технических навыков, возникла необходимость пересмотра Концепции.

Постановлением Правительства Республики Таджикистан были утверждены «Концепция реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан» (№ 423 от 01.09.04 г.), а после пересмотра в 2008 году принята «Концепция реформы медицинского и фармацевтического образования Республики Таджикистан» (№ 512 от 31.10.08 г.) [4].

Целью последнего документа является приведение медицинского и фармацевтического образования – структуры, содержания, сроков и качества подготовки – в соответствие с государственными и международными стандартами и потребностями в качественной медицинской помощи населения, обеспечивающим вхождение Республики Таджикистан в единое мировое образовательное пространство, возможность осуществления международного сотрудничества в области подготовки и переподготовки кадров.

Подготовка специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием осуществляется в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибн Сино, Государственном образовательном учреждении «Институт последипломной образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», а специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием – в медицинских колледжах и медицинских училищах республики.

В ТГМУ имени Абуали ибн Сино созданы факультеты: медицинский, стоматологический, фармацевтический, педиатрический и общественного здравоохранения. Подготовка специалистов на названных факультетах осуществляется по следующим ступеням:

– начальная базовая степень высшего медицинского и фармацевтического образования, подтверждаемая присвоением лицу, успешно прошедшему итоговую аттестацию, квалификации (степени) «Бакалавр» со сроком обучения 5 лет на медицинском факультете и 4 года – на стоматологическом и фармацевтическом факультетах.

– высшее медицинское и фармацевтическое образование, подтверждаемое присвоением лицу, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию, квалификации «специалист» (врач) со сроком обучения 6 лет на факультетах медицинского и общественного здравоохранения (без права самостоятельной врачебной практики) и 5 лет – на стоматологическом и фармацевтическом факультетах.

Согласно данным Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, план приема в ТГМУ имени Абуали ибн Сино на 2010 год составил 904 (388 на бюджетной и 516 на договорной основе). В медицинские колледжи Республики Таджикистан план приема составил 1 645 (Республиканский медицинский колледж – 665, в г. Худжанд – 360, в г. Курган-Тюбе – 300, в г. Кулябе – 320), в медицинские училища – 1 310 (училище Вахдата – 255, Явана – 90, Канибадама – 120, Пенджикента – 90, Истаравшана – 90, Рашта – 90, Дангары – 90, Турсунзаде – 95, Хорога – 90, Гиссара – 300).

Количество обучающихся в ТГМУ имени Абуали ибн Сино составляет 5 016 человек, в медицинских колледжах – 8 779 человек и в медицинских училищах – 7 375 студентов. Количество ежегодно выпускаемых медицинских кадров с учётом реформы сектора здравоохранения и прироста населения не может покрыть потребности страны и требует увеличения ежегодного плана приёма абитуриентов в медицинские учебные заведения.

С целью устранения неравномерного обеспечения медицинских учреждений городов и районов республики врачами, согласно постановлению Правительства Республики Таджикистан от 31 января 2006 года, №58 «О приеме студентов в высшие учебные заведения республики в соответствии с квотой Президента Республики Таджикистан на 2006-2010 гг.» из регионов с низкой обеспеченностью медицинскими кадрами (ниже 10,0 на 10 тысяч населения) предусматривается поступление в ТГМУ имени Абуали ибн Сино по Президентской квоте. Квота оговаривается и согласуется с местными органами власти. На сегодняшний день в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибн Сино по квоте обучаются 370 человек и 345 студентов по квоте приняты в 2014 учебном году.

Согласно пунктам 9.7. Решения Коллегии Минздрава РТ от 18 января 2007 г. № 1-2 «Об

итогах деятельности Минздрава РТ в 2006 году и задачах на 2007 г.», Ученого совета ТГМУ имени Абуали ибн Сино от 26.06.2008 г., № 11, согласия Министерства образования РТ от 25.07.2008 г., № 05/1-971, с целью устранения неравномерного обеспечения медицинских учреждений городов и районов республики врачами вынесено решение: абитуриентам из районов, где количество врачей на 10 тысяч населения ниже 7, при сдаче вступительных экзаменов установить льготу с коэффициентом 1,3; в районах, где эти показатели составляют 7,1 – 10,0 установить льготу с коэффициентом 1,2; в районах, где эти показатели свыше 10,1 – 12,0, установить льготу с коэффициентом свыше 1,1. Внедрение таких коэффициентов даёт преимущество при поступлении абитуриентам из районов с низкой обеспеченностью медицинскими кадрами.

С 2003-2004 годов в ТГМУ имени Абуали ибн Сино функционирует факультет общественного здравоохранения, на котором готовят специалисты (организаторы, менеджеры здравоохранения, эпидемиологи и др.). С 2008 года возобновлена интернатура на последипломном уровне.

Разработаны Государственные образовательные стандарты по специальностям фармация, стоматология, лечебное дело.

Устройство на работу молодых специалистов в соответствии с распределением на места работы является одним из наиболее важных и наиболее сложных вопросов системы здравоохранения Таджикистана. Сравнительный анализ показал, что число молодых специалистов, окончивших ТГМУ имени Абуали ибн Сино и поступивших на работу в соответствии с распределением, год от года растет. Если в 2009 году эта цифра составляла 35,1%, в 2006 – 39,4%, в 2011 – 41,5 %, то в 2013 г. она возросла до 51%. Для улучшения показателей числа поступивших на работу по распределению молодых специалистов из отдаленных районов республики до мест работы администрация университета приняла решение не выдавать диплом до того момента, пока молодой специалист не устроится по месту работы по направлению и не предоставит подтверждение, но, несмотря на это, общие показатели число поступивших на работу по распределению в республике до сих пор низкие и эта проблема требует дальнейшего изучения.

Только эффективное руководство, достаточные вложения в развитие человеческих ресурсов, благоприятные условия жизни на селе могут обеспечить более сбалансированное распределение рабочей силы в системе здравоохранения.

Каждые 5 лет медицинские кадры с высшим и средним медицинским образованием обязаны проходить курсы усовершенствования на базе Государственного образовательного учреждения

«Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», так как он является основной базой последипломного образования и переподготовки специалистов системы здравоохранения или в его филиалах (в Согдийской и Хатлонской областях). В настоящее время за год институт проводит курсы последипломного образования для 3800 медицинских работников по 62 тематикам.

Правительством Республики Таджикистан для решения имеющихся проблем обеспеченности медицинских учреждений высококвалифицированными кадрами приняты следующие постановления: «О создании Межведомственной комиссии по приему граждан Республики Таджикистан в высшие учебные заведения зарубежных государств» от 24 апреля 2004 г. № 152; Указ Президента Республики Таджикистан от 15 июля 2005 г. № 1574 «Об учреждении Специального фонда Президента Республики Таджикистан по подготовке специалистов в зарубежных государствах; «Об утверждении Положения о подготовке научных и научно-педагогических кадров в Республике Таджикистан».

В связи с быстрым развитием медицинской науки основополагающим фактором поддержания высокого уровня стандартов любой медицинской службы и программы является повышение квалификации медицинского персонала без отрыва от производства. Повышение квалификации в процессе профессиональной деятельности – это важная часть планирования деятельности медицинской службы, призванной обеспечить высокий профессиональный уровень персонала. Так активизируются имеющиеся знания, новая информация вводится в научный и практический обиход, меняется облик лечебного учреждения. Введение в практику новой лечебной программы или методики сопровождается соответствующей ориентацией медицинского персонала, осуществляемой в рамках непрерывного процесса повышения квалификации без отрыва от работы. Под непрерывным обучением подразумевается широкий ряд мероприятий – от повышения профессиональной квалификации до специализированных курсов.

Мероприятия по повышению квалификации медицинского персонала не только улучшают знания и практические навыки специалистов-медиков, но и повышают уровень их самооценки, стремление к совершенствованию.

Результаты данного анализа представляют определенный интерес для совершенствования медицинского образования в Республики Таджикистан и особенно последипломной части.

На основе анализа медицинского образования в республике разработаны предложения по совершенствованию, которые могут быть использова-

ны для организации системы медобразования (до, после и непрерывного).

Заключение

Проведенное исследование свидетельствует о необходимости реформы медицинского образования, особенно последипломного и непрерывного образования врачей и средних медицинских работников. С этой целью необходимо поднять данный вопрос на государственном уровне, так как вопрос совершенствования образования поднимает за собой пересмотр некоторых нормативных и правовых документов.

К реформе последипломного медицинского образования, прежде всего, относятся:

1. совершенствование нормативно-правовой базы дополнительного последипломного образования;
2. введение новых механизмов оценки знаний слушателей, особенно их практической части, т.е. оценки освоения практических навыков;
3. разработка стандартов последипломного образования по отдельным дисциплинам (акушерство-гинекология, хирургия, педиатрия и узких специальностей);
4. пересмотр подходов к обучению на последипломном уровне;
5. использование специализированных клинических центров, как клинических баз кафедр ГОУ ИПОвСЗ РТ;
6. организация самостоятельных учебно-медицинских центров для последипломного образования;
7. организация учебного процесса на основе современных технологий с использованием инновационных медицинских технологий и оборудования (симуляционные центры с наличием тематических тренажеров и т.д.);
8. разработка единых требований по республике для организации медицинского образования и единых учебных программ для последипломного центра ТГМУ и ИПОвСЗ РТ.

Совершенствование системы последипломного образования врачей будет способствовать повышению эффективности использования результатов научных достижений и современной технологии в улучшении качества медицинских услуг населению.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Грачев В. Функции службы управления персоналом организации и их систематизация // Кадровик. 2010. №5. С.36-50.
2. Минина В. Ключевые сотрудники организации: подходы к идентификации и проблемы управления // Кадровик. 2011. №1. С.86-98.

3. Одегов Ю.Г., Лабаджян М.Г. Кадровая политика и кадровое планирование. Москва: Юрайт, 2014. 444 с.

4. Постановление Правительства Республики Таджикистан № 512 от 31.10.2008 г. об утверждении «Концепция реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан»

5. Постановление Правительства №368 от 02.08.2010 г. об утверждении «Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 гг.».

4. Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadjhikistan № 512 ot 31.10.2008 g. ob utverzhenii "Konseptsiya reformy meditsinskogo i farmatsevticheskogo obrazovaniya v Respublike Tadjhikistan" [The Republic of Tajikistan Government Resolution № 512 from 31.10.2008 on the approval of "The concept of the reform of medical and pharmaceutical education in the Republic of Tajikistan"].

5. Postanovlenie Pravitelstva №368 ot 02.08.2010 g. ob utverzhenii "Natsionalnoy strategii zdorovya naseleniya Respubliki Tadjhikistan na 2010-2020 gg." [Government Resolution №368 from 02.08.2010 on the approval of the "National Strategy of health in the Republic of Tajikistan for 2010-2020"].

REFERENCES

1. Grachev V. *Funktsii sluzhby upravleniya personalom organizatsii i ikh sistematizatsiya* [Functions of staff of organization service management and systematization]. *Kadrovik - Personnel*, 2010, No. 5, pp. 36-50.

2. Minina V. *Klyuchevye sotrudniki organizatsii: podkhody k identifikatsii i problemy upravleniya* [Key employees of the organization: approaches to identification and management problems]. *Kadrovik – Personnel*, 2011, No. 1, pp. 86-98.

3. Odegov Yu. G., Labadzhyan M. G. *Kadrovaya politika i kadrovoe planirovanie* [Personnel policy and workforce planning]. Moscow, Yurayt Publ., 2014. 444 p.

Сведения об авторах:

Джабарова Тахмина Салиджановна – проректор по учебной работе ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Мухиддинов Нуриддин Давляталиевич – ректор ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н

Контактная информация:

Джабарова Тахмина Салиджановна – Таджикистан, г. Душанбе, ул. Нарзибекова 311; тел.: +992 907-90-88-44; e-mail: dtakhmina@mail.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.24-002.5-078

¹Мирзоева Ф.О., ^{1,2}Бобоходжаев О.И.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ МИРА

¹Кафедра общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Республиканский центр по защите населения от туберкулёза

¹Mirzoeva F.O., ^{1,2}Bobokhojaev O.I.

COMPARATIVE ANALYSIS OF TUBERCULOSIS EPIDEMIOLOGICAL SITUATION IN DIFFERENT REGIONS OF THE WORLD

¹Department of Public Health, Health Economics and Management with the course of Medical Statistics of State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

²National Centre for protection of population from tuberculosis

Аннотация

В статье проведен анализ оценочной заболеваемости туберкулезом по всем 6 регионам ВОЗ. Выделено 22 страны с наибольшим бременем туберкулеза, которые оказывают наибольшее воздействие на «глобальное бремя» в мире, исходя из их вклада (80% новых случаев) в суммарное число заболевших в мире. Показатель заболеваемости резко варьирует в разных странах и регионах. Он во многом зависит от социально-экономического развития, уровня организации медицинской помощи и, как следствие этого, методов выявления больных, качества осмотра населения с применением этих методов, полноты регистрации.

Ключевые слова: туберкулез, эпидемиологическая ситуация, регионы мира

The article analyzes the tuberculosis morbidity evaluation in all six WHO regions. 22 countries were allocated with the highest burden of tuberculosis that have the greatest impact on the «global burden» in the world, based on their contribution (80% of new cases) in the total number of cases in the world. The incidence rate is very sharply varies in different countries and regions. It largely depends on the socio-economic development, the level of medical care and, as a consequence, methods of identifying patients, the quality of the inspection with the use of these methods, the completeness of registration.

Key words: tuberculosis, epidemiological situation, regions of the world

По данным ВОЗ, 1/3 населения Земли инфицирована туберкулезом и из них 1/10 часть в течение своей жизни заболевает активной формой этой патологии. При этом каждый больной, страдающий активной формой туберкулеза, в течение одного года инфицирует 10-15 человек [14].

Таким образом, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается напряженной, хотя показатели заболеваемости и смертности замедлили свой рост и, в основном, стабилизировались [13]. Важной причиной, способствующей сохранению угрозы распространения туберкулезной инфекции, является недостаточная эффективность лечения больных туберкулезом, связанная с его поздним выявлением и диагностикой, а также рост лекарственной устойчивости [5, 16].

Несмотря на реализуемые глобальные, региональные и страновые меры, включая поддержку Национальных программ по борьбе с туберкулезом, бремя этого недуга на современном этапе всё ещё остаётся высоким [10, 12].

Оценка числа заболевших туберкулезом в странах мира легла в основу введенного ВОЗ понятия «глобальное бремя туберкулеза» [22]. Было выделено 22 страны с наибольшим бременем туберкулеза, которые оказывают наибольшее воздействие на «глобальное бремя» в мире, исходя из их вклада (80% новых случаев) в суммарное число заболевших в мире.

Показатель заболеваемости очень резко варьирует в разных странах и регионах. Он во многом зависит от социально-экономического развития, уровня организации медицинской помощи и, как следствие этого, методов выявления больных, качества осмотра населения с применением этих методов, полноты регистрации. Так, например, выявление больных в США в основном производится за счет туберкулинодиагностики лиц, бывших в контакте с больным

туберкулезом. В том случае, когда известно, что лицо из контакта ранее болело туберкулезом, применяются лучевые методы диагностики, а при наличии мокроты – ее исследование различными методами [19].

С учетом того, что, по рекомендациям ВОЗ, в большинстве стран мира туберкулез диагностируют в основном с помощью бактериоскопии мокроты, данные официальной статистики являются заниженными в сравнении с истинной заболеваемостью, и поэтому при анализе эпидемиологической ситуации по туберкулезу целесообразно анализировать оценочные показатели ВОЗ [6].

К сожалению, специалисты ВОЗ в ежегодных отчетах не дают анализа показателя заболеваемости в регионах и странах мира в разрезе методов выявления и наличия или отсутствия скрининга населения. Тем не менее, ВОЗ разделила земной шар на шесть регионов с различными показателями заболеваемости (Американские континенты, Европа, Восточное Средиземноморье, Западная часть Тихого океана, Юго-Восточная Азия и Африка) [15].

Мы, используя ежегодный статистический отчет стран, публикуемый ВОЗ, провели анализ оценочной заболеваемости туберкулезом по всем 6 регионам ВОЗ, который показал, что даже в одном регионе в разных странах эти показатели значительно различаются. Так, в Американском регионе число заболевших туберкулезом в 2012 году составило 280 тыс. человек. Если средняя заболеваемость в Северной и Южной Америке составила 29 на 100 тыс. населения, то ее разброс на Американском континенте колебался от 0 до 213. Так, например, в 2012 г. в Монтсеррате и Британских Виргинских Островах заболеваемость была «нулевая», в США и Канаде – около 4, в Гайане – 109, Боливии – 127, на Гаити – 213 на 100 тыс. населения [15].

В странах Европейского региона предполагаемое число заболевших туберкулезом составило 360 тыс. человек при среднем показателе 40 на 100 тыс. В странах Европейского региона показатели заболеваемости также были различными: если в Сан-Марино – 1,5, в Монако – 2,1, на Кипре – 5,4, в Норвегии – 7,5 на 100 тыс., то в России – 91, в Таджикистане – 108, Киргизии – 141, Молдове – 160 на 100 тыс. [15].

При этом всего, по данным ВОЗ, в странах Европейского региона в 2012 г. предполагалось зарегистрировать 280 тыс. впервые выявленных больных туберкулезом, с рецидивами туберкулеза и прочих больных. Европейским бюро ВОЗ были выделены 18 стран с относительно высокими для Европейского региона показателями заболеваемости, которые были объявлены приоритетными для противотуберкулезной работы в плане «Остановить туберкулез в Европейском Регионе» [15].

В странах Восточного Средиземноморья расчетное число заболевших туберкулезом составило 670 тыс. человек при среднем показателе 109 на 100 тыс. Наибольший он в Джибути – 620 на 100 тыс., наименьший – в Объединенных Арабских Эмиратах – 1,7 на 100 тыс. В Западной части Тихого океана он равен 6,5, в Иордании – 5,8, в Саудовской Аравии – 15, в Пакистане – 231, в Сомали – 286 на 100 тыс. [15].

В странах Западной части Тихого океана в 2012 году средний показатель оценочной заболеваемости составил 87 на 100 тыс. населения, при абсолютном числе больных в 1,6 млн. чел. Так, при «нулевой» заболеваемости в Токелау, в Австралии – 6,5, в Новой Зеландии – 7,6, в Американском Самоа – 7,3, в Китае – 73, в Кирибати – 429, в Маршалских островах – 572 на 100 тыс. [15].

В странах Юго-Восточной Азии в 2012 году средний показатель оценочной заболеваемости составлял 187 на 100 тыс., при абсолютном числе больных более 3,4 млн человек. При этом наибольшая заболеваемость – 498 – зарегистрирована в небольшой стране Восточный Тимор с населением 800 тыс. человек, также в Индии – 176, в Бангладеш – 225, в Мьянмаре – 377, в Корее – 409 на 100 тыс., наименьшая – 41 – на Мальдивах и в Шри-Ланке – 66 на 100 тыс. [15].

Оценочные показатели заболеваемости в 2012 г. в некоторых странах Африканского континента: заболеваемость наивысшая в Намибии – 655, Лесотто – 630, Мозамбике – 552, Либерии – 304, Кении – 272 на 100 тыс., в других эпидемиологическая ситуация по туберкулезу относительно ниже: Мали – 60, Буркина-Фасо – 54, Коморос – 34, Маврикий – 21 на 100 тыс. [15].

Средний расчетный показатель заболеваемости в Африке, по данным ВОЗ, составил 255 на

100 тыс. при абсолютном числе больных в 2,3 млн. чел. Развивающаяся эпидемия туберкулеза на континенте заставила министерства здравоохранения стран Африки объявить чрезвычайную ситуацию по туберкулезу в этом регионе.

Наибольшее число больных туберкулезом в абсолютных цифрах ежегодно выявляют в двух странах – Индии (более 2 млн.) и Китае (более 1 млн.), где ежегодно заболевает более половины из всех лиц, заболевших туберкулезом в мире [15].

Интересно было проследить в указанных странах показатель выявляемости (case detection rate) туберкулеза. Оказалось, что в Американском и Европейском регионах ВОЗ в 2012 году не было стран в показателе выявляемости ниже 50%, тогда как в Африканском регионе таких стран остается все еще много: Камерун, Центральная Африканская Республика, Коморос, Гамбия, Гвинея Бисау, Мадагаскар, Мавритания, Маврикий, Мозамбик, Сьерра-Леоне, Свазиленд и Зимбабве. В странах Восточного Средиземноморья – это Судан, Западный берег и сектор Газа. В странах Западной части Тихого океана – это Лао и Маршалские острова. В странах Юго-Восточной Азии – это Бангладеш. Таким образом, если сопоставить оценочное число заболеваемости и показатель выявляемости в указанных странах, то прогноз получается очень отягчающий. Например, в Мозамбике при показателе заболеваемости в 2012 году в 552 на 100 тыс. показатель выявляемости был лишь 34% [15].

В число стран с высоким бременем заболеваемости туберкулезом входит и РФ (130 тыс.), доля которой по отношению к заболевшим в Европейском регионе ВОЗ составляет 36% [2].

Рост заболеваемости в России обусловлен большим резервуаром инфекции, несвоевременным выявлением бактериальных больных, рассеивающих туберкулезную инфекцию [13]. Большое значение имеет также эндогенная реактивация, особенно в группах риска [4].

Во многих странах заболеваемость туберкулезом среди иммигрантов, иностранных рабочих и беженцев, прибывших из эпидемически неблагополучных регионов, значительно превышает заболеваемость коренного населения и представляет серьезную проблему [20].

Так, например, в странах Европы заболеваемость выросла за счет иммигрантов, среди которых уровень распространенности туберкулеза выше 20,0%-40,0%, что связано с высокими показателями патологии на их родине [21]. По зарубежным данным последних лет, пораженность этих стран туберкулезом в 3-50 раз выше, чем среди населения принимающих стран [20].

В то же время, есть публикации, свидетельствующие о том, что в регионах с ограниченной

внешней миграцией или с низкой плотностью населения эпидемиологическая ситуация по туберкулезу относительно благополучна. Так, несмотря на сложную эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в различных регионах России, исследования, проведенные в закрытом административно-территориальном образовании г. Железногорска, которое характеризуется ограниченной внешней миграцией, показали, что за последние два десятилетия заболеваемость туберкулезом не превышала 37,4 на 100 тыс. населения, а смертность – 7,7 на 100 тыс. [7].

Такая же картина наблюдается в регионах с низкой плотностью населения, например Республика Саха (Якутия), где по сравнению с 1950 г. противотуберкулезные мероприятия по борьбе с туберкулезом к 1990 г. позволили снизить заболеваемость туберкулезом в 24,4 раза, а среди детей - в 55 раз [9].

Ежегодно в Якутии регистрируется 800-900 больных-бактериовыделителей. Из общего числа впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания 50-55% являются бактериовыделителями, что свидетельствует о сохранении резервуара туберкулезной инфекции [1].

Туберкулез в России всегда был ярко выраженной социальной болезнью. Высокая заболеваемость и смертность от туберкулеза ассоциировались с низким материальным уровнем жизни населения, плохими условиями проживания, трудовой деятельностью, уровнем образования, а также наличием вредных привычек.

Социальный портрет больного туберкулезом в настоящее время неоднороден и разнообразен. В современном мире туберкулезом заболевают люди с разным социальным статусом и материальным положением. К наименее развитым странам, как они определены Генеральной Ассамблеей ООН, относится 48 стран: Ангола, Афганистан, Бангладеш, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Бутан, Вануату, Гаити, Гамбия, Гвинея, Гвинея Бисау, Конго, Джибути, Замбия, Йемен, Камбоджа, Кирибати, Коморские Острова, Лаос, Лесото, Либерия, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Мьянма, Непал, Нигер, Соломоновы Острова, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Тимор-Лешти, Того, Тувалу, Эритрея, Эфиопия, Южный Судан [23, 24].

Если провести анализ заболеваемости ТБ в этих странах, то оценочное число больных варьирует между 200 и 400 на 100 тыс. населения.

Среди причин заболеваемости туберкулезом 75% составляют демографические. За следующие 30 лет в странах Юго-Восточной Азии ожидается прирост населения на 150%, в Африке – на 75%, а это – области широкого распространения туберкулеза и ВИЧ. Все больше публикаций в зарубежной литературе появляется

о взаимосвязях туберкулеза с распространением ВИЧ-инфекции [21]. Известно, что у лиц, инфицированных ВИЧ, риск заболеть туберкулезом возрастает с 10% на протяжении всей жизни, до 10% – в течение года.

Республика Таджикистан относится к числу 18 стран с самым высоким бременем по туберкулезу [15]. Однако, по данным официальной статистики, в Республике Таджикистан регистрируемая заболеваемость туберкулезом за период 2005-2013 годы снизилась с 74,3 до 65,8 случаев на 100 тысяч населения [8]. В то же время, по данным ВОЗ, расчетный показатель заболеваемости туберкулезом в Таджикистане значительно выше и составил в 2012 году 108 на 100 000 населения. Страны, которые в Европейском регионе по бремени заболеваемости туберкулезом близки к Таджикистану, – это Молдова – 160, Кыргызстан – 141, Казахстан – 137, Грузия – 116 на 100 тысяч населения [15]. По данному источнику ВОЗ, показатель выявления туберкулеза в Таджикистане в 2010 году составил 47%, это означает, что оставшиеся 53% больных находятся вне регистрации. В результате больные выявляются в запущенных стадиях заболевания, что непосредственно отражается на эффективности их лечения. Другой проблемой эффективной реализации Национальной программы по борьбе с туберкулезом является актуализация амбулаторного лечения больных ТБ, что рекомендуется в руководствах ВОЗ [11]. В условиях Таджикистана, проводить контролируемую химиотерапию и довести курс лечения до полного его окончания в амбулаторных условиях сопряжено с различными проблемами, основными среди которых являются стигма, низкая приверженность к лечению, низкая доступность к медико-санитарным услугам и пр. [3].

В связи с внедрением в Республике Таджикистан стратегии ДОТС с 2002 года изменилась тактика выявления больных туберкулезом [11]. Диагностический алгоритм выявления больных туберкулезом был основан, в основном, на микроскопию мазка мокроты, по обращаемости в связи с появлением симптомов туберкулеза к специалистам общей лечебной сети (ОЛС), и нередко это приводило к запоздалой диагностике процесса [4].

Показатель выявляемости случаев ТБ, по данным ВОЗ, в Таджикистане варьировал между 40-50% от расчетного числа больных [15].

В 1996 году, при коэффициенте частоты заболеваний (частоты новых случаев) ТБ, составляющим 168 случаев на 100 тыс. человек, в сравнении со средним показателем по региону ВОЗ – 7.27 на 100 тыс. человек. В том же году показатель заболеваемости ТБ в Таджикистане был одним из самых высоких в Европейском

регионе ВОЗ. Уровень заболеваемости продолжал расти и в начале 2000-х составил 221 на 100 тыс. человек. Причина такой ситуации лежала в неэффективной системе предоставления противотуберкулезных услуг, включая тот факт, что основной объем противотуберкулезных услуг предоставлялся на уровне стационара, в плохой координации лечения с первичным звеном и слабой системе мониторинга, в сочетании с высоким уровнем распространенности заболевания, а также в росте числа случаев множественно-лекарственно-устойчивых форм туберкулеза (МЛУ-ТБ). В последующие годы показатель заболеваемости стал несколько снижаться и в 2010 году составил 191, в 2012 году – 108 на 100 тыс., хотя бремя по МЛУ ТБ остается напряженным. В настоящее время оценочный уровень распространенности всех новых случаев МЛУ ТБ составляет 17% и случаев повторного лечения – 62%, вследствие чего показатели распространенности МЛУ ТБ в Таджикистане – одни из самых высоких среди стран региона с высоким бременем заболеваний [18].

Если отследить динамику показателя выявляемости туберкулеза в Таджикистане за последние 12 лет, то отмечается значительный рост. Так, если в 2000 году этот показатель составлял лишь 20%, то в 2005 г. он увеличился до 42, в 2010 году – до 48, а в 2012 году уже составил 75%, что, конечно же, при сопоставлении с показателем заболеваемости является благоприятным фактором [15].

Анализ доступных данных ВОЗ по динамике изменений оценочной заболеваемости за последние 12 лет в соседних с Таджикистаном странах показал следующее. Так, если в 2000 году среди стран Центральной Азии «лидирующим по туберкулезу» был Казахстан с заболеваемостью в 351 на 100 тыс., после него Узбекистан – 287, затем Киргизия – 249 и, наконец, Таджикистан – 220, то к 2005 году оценочная заболеваемость в указанных странах в той же последовательности стала следующей: 235, 233, 208 и 200 соответственно. В 2010 году ранжирование уже поменялось: 182, 122, 141 и 129 в той же последовательности стран и в 2012 году соответственно – 137, 78, 141 и 108 на 100 тыс. населения [15].

Таким образом, за последние 12 лет во всех указанных странах Центральной Азии отмечается стабильное, более чем в два раза, улучшение показателя оценочной заболеваемости ВОЗ.

Эпидемиологическая ситуация по ТБ в той или иной стране мира зависит от уровня экономического развития и приверженности к эффективной реализации национальных программ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 14-24 см. в REFERENCES)

1. Алексеева Г.И. Динамика бактериовыделения и лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза среди контингента больных туберкулезом // Сб.тезисов 3 Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. Санкт Петербург, 2014. №0004.

2. Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Скачкова Е.И., и соавт. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. Москва, 2010. С. 22 – 60.

3. Бобоходжаев О.И., Сиродждинова У.Ю., Зокирова К.А., и соавт. Руководство по управлению за туберкулезом. Утв. распоряжением МЗиСЗН РТ, №173 от 25.02.2015. 122 с.

4. Бобоходжаев О.И., Сиродждинова У.Ю., Раджабов Дж.Р. и соавт. Методическое пособие по организации выявления больных туберкулезом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Душанбе, 2014. 26 с.

5. Богадельникова И.В., Сагалович В.Я., Перельман М.И. Эффективность амбулаторного лечения больных с впервые выявленным туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза 2000. № 5. С. 23-28.

6. Галкин В.Б., Баласанянц Г.С., Белиловский Е.М., Яблонский П.К. Оценка динамики численности заболевших туберкулезом в странах с наибольшим бременем туберкулеза // Сб.тезисов 3 Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. Санкт Петербург, 2014. №0152.

7. Гринь Е.Н., Корецкая Н.М. Туберкулез легких и его выявление в закрытом административно-территориальном образовании // Сб.тезисов 3 Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. Санкт Петербург, 2014. №0007.

8. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения: Статистический сборник. Душанбе, 2012- 2015. С. 31, 35, 42

9. Кравченко А.Ф., Винокурова М.К., Корнилов А.А. Организация противотуберкулезной помощи с низкой плотностью населения на Севере // Сб. тезисов 3 Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. Санкт Петербург, 2014. №0087.

10. Сельцовский П.П., Рыбка Л.И., Кочеткова Е.Я., Горбунов А.В. Анализ особенностей эпидемической ситуации по туберкулезу и системы защиты населения от туберкулеза в г. Москве. // Туб. и бол. лёгких. 2011. №6. С.10-16.

11. Сиродждинова У. Ю., Бобоходжаев О. И., Мирзоева Ф.О. и соавт. Анализ ситуации по туберкулезу в Республике Таджикистан // Туберкулёз и болезни лёгких. 2015. № 2. С. 32-36.

12. Туберкулёз в Российской Федерации, 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. М., 2011. С. 58-60.

13. Шилова М.В. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации // Справочник фельдшера и акушерки. 2015. № 9. С.10-18.

REFERENCES

1. Alekseeva G. I. [Dynamics of bacterial drug resistance and the causative agent of tuberculosis among TB patients]. Sbornik tezisev 3 Kongressa Natsionalnoy assotsiatsii ftiziatrov [Tezises of 3 Congress of the National Association of TB specialists]. St. Petersburg, 2014. №0004. (In Russ.)

2. Belilovskiy E. M., Borisov S. E., Skachkova E. I., *Analiticheskiy obzor statisticheskikh pokazateley po tuberkulezu, ispolzuemykh v Rossiyskoy Federatsii* [An analytical review of statistics on tuberculosis, used in the Russian Federation]. Moscow, 2010. 22-60 p.
3. Bobokhodzhaev O. I., Sirodzhidinova U. Yu., Zokirova K. A., *Rukovodstvo po upravleniyu za tuberkulezom. Utverzhdeno rasporyazheniem MZiSZN RT, №173 ot 25.02.2015* [Guide for the management of tuberculosis. Approved by order of the RT MH and SPP, №173 from 02.25.2015]. 122 s.
4. Bobokhodzhaev O. I., Sirodzhidinova U. Yu., Radzhabov Dzh. R., *Metodicheskoe posobie po organizatsii vyyavleniya bolnykh tuberkulezom v uchrezhdeniyakh pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi* [Guidelines on the organization of TB patients detection in primary health care]. Dushanbe, 2014. 26 p.
5. Bogadelnikova I. V., Sagalovich V. Ya., Perelman M. I. *Effektivnost ambulatornogo lecheniya bolnykh s vperve vyyavlyennym tuberkulezom legkikh* [The effectiveness of outpatient treatment of patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis]. *Problemy tuberkuleza – Problems of tuberculosis*, 2000, No. 5, pp. 23-28.
6. Galkin V. B., Balasanyants G. S., Belilovskiy E. M., Yablonskiy P. K. [Assessment of the dynamics of the number of cases of tuberculosis in countries with the highest burden of tuberculosis]. *Sbornik tezisev 3 Kongressa Natsionalnoy assotsiatsii ftiziatrov* [Tezises of 3 Congress of the National Association of TB specialists]. St. Petersburg, 2014. №0152. (In Russ.)
7. Grin E. N., Koretskaya N. M. [Pulmonary tuberculosis and its detection in Closed City]. *Sbornik tezisev 3 Kongressa Natsionalnoy assotsiatsii ftiziatrov* [Tezises of 3 Congress of the National Association of TB specialists]. St. Petersburg, 2014. №0007. (In Russ.)
8. *Zdorove naseleniya i deyatelnost uchrezhdeniy zdavoookhraneniya: Statisticheskii sbornik* [Health of the population and the performance of health institutions: statistical collection]. Dushanbe, 2012- 2015. 31, 35, 42 p.
9. Kravchenko A. F., Vinokurova M. K., Kornilov A. A. [Organization of TB care to the low population density in the North]. *Sbornik tezisev 3 Kongressa Natsionalnoy assotsiatsii ftiziatrov* [Tezises of 3 Congress of the National Association of TB specialists]. St. Petersburg, 2014. №0087. (In Russ.)
10. Seltsovskiy P. P., Rybka L. I., Kochetkova E. Ya., Gorbunov A. V. *Analiz osobennostey epidemicheskoy situatsii po tuberkulezu i sistemy zashity naseleniya ot tuberkuleza v g. Moskve* [Analysis of the features of the epidemiological situation of tuberculosis and the system of protection of the population from tuberculosis in Moscow]. *Tuberculez i bolezni legkikh – Tuberculosis and Lung Disease*, 2011, No. 6, pp.10-16.
11. Sirodzhidinova U. Yu., Bobokhodzhaev O. I., Mirzoeva F. O., *Analiz situatsii po tuberkulezu v Respublike Tadjikistan* [Analysis of the situation on tuberculosis in the Republic of Tajikistan]. *Tuberculez i bolezni legkikh – Tuberculosis and Lung Disease*, 2015, No. 2, pp. 32-36.
12. *Tuberculez v Rossiyskoy Federatsii, 2010 g. Analiticheskiy obzor statisticheskikh pokazateley po tuberkulezu, ispolzuemykh v Rossiyskoy Federatsii* [Tuberculosis in the Russian Federation, 2010. An analytical review of statistics on tuberculosis used in the Russian Federation]. Moscow, 2011. 58-60 p.
13. Shilova M. V. *Epidemicheskaya situatsiya po tuberkulezu v Rossiyskoy Federatsii* [The epidemiological situation of tuberculosis in the Russian Federation]. *Spravochnik Feldshera i Akusherki – Handbook for Medical Assistants and Midwives*, 2015, No. 9, pp. 10-18.
14. *Electronic recording and reporting for tuberculosis care and control*. WHO, 2012. 76 p.
15. *Global Tuberculosis Control*. WHO, 2012-2015.
16. *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Emergency update 2008*. WHO/HTM/TB-2008. 272 p.
17. *Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis*. WHO, 2009. 83 p.
18. Joncevska M., Hoffmann H., Bobokhojaev O., *Surveillance of drug resistance in Central Asia. The international Journal of Tuberculosis and lung disease*, 2014, Vol. 18, No. 11, pp. 56-57.
19. Lonnroth K., Castro K. G., Chakaya J. M., *Tuberculosis control and elimination 2010–50: cure, care and social development*. *Lancet*, 2010, Vol. 375, pp. 1814-1829.
20. Salikhov B., Bobokhojaev O. *Tuberculosis among labour migrants from Tajikistan: Problems and ways to overcome them. - European resercher. International Multidisciplinary Journal*, 2012, No. 2 (17), pp. 213-219.
21. Raviglione M., Marais B. et.al. *Scaling up interventions to achieve global tuberculosis control. Progress and new developments*. STOP TB Department, WHO, Geneva, Switzerland. *Lancet*, 2013, Vol. 379 (9833), pp. 2242.
22. *Tuberculosis. Prevalence surveys*. WHO, 2011. 305 p.
23. *United Nations. The Millenium Development Goals Report*. New York, 2014.
24. *United Nations. World Economic Situation and Prospect*. New York, 2014.

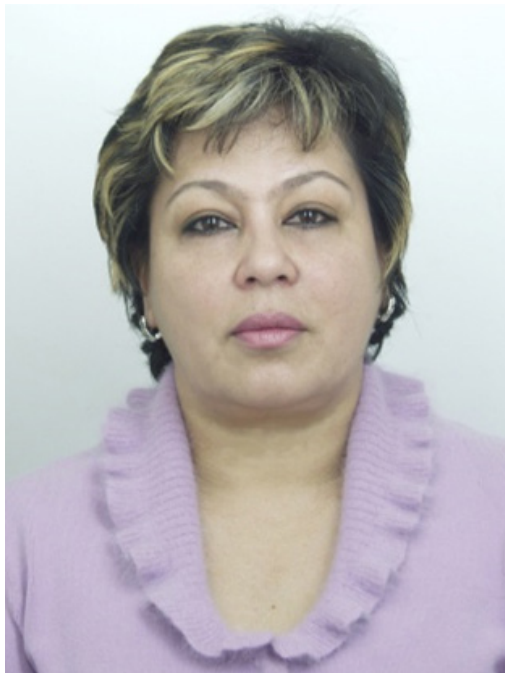
Сведения об авторах:

Мирзоева Фарангиз Октамовна – соискатель кафедры общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ
Бобоходжаев Октам Икрамович – доцент кафедры фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, директор Республиканского центра по защите населения от туберкулеза, д.м.н.

Контактная информация:

Мирзоева Фарангиз Октамовна – 735025 г. Душанбе, ул. Крылова, 5; тел.: +992 985750505; e-mail: fmirzoeva@gmail.com

ЮБИЛЕИ



**МУХАМАДИЕВА
САОДАТХОН МАНСУРОВНА
(к 60-летию со дня рождения)**

31 декабря 2016 года исполнилось 60 лет таджикскому ученому, акушер-гинекологу Мухамадиевой Саодатхон Мансуровне – доктору медицинских наук, профессору кафедры акушерства и гинекологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ».

Мухамадиева Саодатхон Мансуровна после окончания лечебного факультета ТГМИ им. Абуали ибн Сино в 1979 году была направлена врачом-интерном в Кофарнишонский район республики, затем работала в сельской участковой больнице этого же района в течение трех лет врачом акушером-гинекологом.

С 1982 по 1985 гг. обучалась в целевой аспирантуре в г. Санкт-Петербурге на базе института акушерства и гинекологии им. Отта. По завершению защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Комплексная оценка состояния плода в родах при наличии мекония в околоплодных водах».

С 1985 года являлась старшим научным сотрудником отделения патологии беременных Таджикского научно-исследовательского института охраны матери и ребенка (ныне Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии). С 1994 по 1997 годы являлась директором Республиканского центра репродуктивного здоровья. Прошла обучение и являлась дипломированным тренером Университета им. Джонса Хопкинса, проводила тренинги по стране по вопросам репродуктивного здоровья женщин и подростков. С 2000 по 2002 гг. являлась заместителем директора по науке вышеуказанного института.

В мае 2002 года защитила докторскую диссертацию на тему: «Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья в Таджикистане и пути их решения».

Продолжала свою трудовую деятельность в НИИ АГиП до 2006 года в качестве ведущего научного сотрудника. Присвоено звание профессора по специальности.

В 2006 году прошла по конкурсу на должность заведующей кафедрой акушерства и гинекологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров, в которой проработала до 2015 года. В настоящее время является профессором кафедры этого института.

Под её руководством защищены 12 кандидатских и 1 докторская диссертация. В настоящее время под её руководством готовятся 5 кандидатской диссертаций.

Саодатхон Мансуровна награждена знаком «Отличник здравоохранения» РТ.

В настоящее время работает профессором кафедры акушерства и гинекологии ГОУ ИПО в СЗ; является членом межкафедральных экспертных советов по хирургическим дисциплинам, терапии и общественного здоровья и здравоохранения ИПОвСЗ; членом редакционной коллегии «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».

*Коллектив кафедры и института,
редколлегия и редакция журнала «Вестник последипломного
образования в сфере здравоохранения»
поздравляют уважаемую Саодатхон Мансуровну с юбилеем,
желают ей крепкого здоровья и творческих успехов!*



**КАСЫМОВ
ОЛИМ ИСМАИЛОВИЧ**
(к 70-летию со дня рождения)

16 января 2017 года исполнилось 70 лет Касымову Олиму Исмаиловичу – доктору медицинских наук, профессору кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

В 1971 году после окончания Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибн Сино О.И. Касымов был зачислен в клиническую ординатуру на кафедру дерматовенерологии института. Закончив обучение в клинической ординаторе, он с 1973 по 1976 годы работал врачом в кожно-венерологическом отделении ГКБ №1 г. Душанбе.

Педагогическую деятельность О.И. Касымов начал в 1976 году в качестве ассистента кафедры дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино. С 1993 по 1996 годы работал в должности доцента этой же кафедры, в 1994 года ему было присуждено ученое звание доцента. С 1996 до 2015 года был заведующим кафедрой дерматовенерологии с курсом косметологии института последипломного образования РТ, в настоящее время – профессор этой же кафедры.

В 1983 году в г. Москве в Центральном научно-исследовательском кожно-венерологическом институте успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Эффективность этапного (стационар-санаторий-диспансер) метода лечения больных псориазом», в 1996 г. – докторскую: «Нейродерматозы у взрослых больных разных высот Таджикистана (этиология, патогенез, особенности клиники, лечение)» – в Санкт-Петербургской военно-медицинской академии. В 1999 году получил ученое звание профессора.

О.И. Касымов – высококвалифицированный педагог, ученый, дерматовенеролог высшей квалификационной категории. На возглавляемой им кафедре обучались специальности, неоднократно повышали свою квалификацию все дерматовенерологи и косметологи республики, а по вопросам клиники и профилактики ВИЧ / ИППП – большинство врачей всех специальностей.

Под руководством профессора О.И. Касымова защищены десять кандидатских диссертаций. Он является автором или соавтором более 200 научных работ, учебника по дерматовенерологии для семейных врачей, 6 учебных пособий, 5 международных протоколов по диагностике инфекций, передаваемых половым путем, инструкции по синдромному ведению ИППП, клинических протоколов по диагностике, лечению и профилактики разных дерматозов и ИППП, 11 рационализаторских предложений. В руководстве «Неотложные состояния в практике семейного врача» им написана глава о неотложных состояниях в дерматовенерологии. Входит в состав коллектива авторов книги «Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров».

О.И. Касымов успешно сочетает научно-педагогическую деятельность с лечебной работой, много внимания уделяет развитию дерматовенерологической службы республики. В 2001-2010 годы являлся главным внештатным специалистом по дерматовенерологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Он постоянно оказывает консультативную помощь по вопросам дерматовенерологической патологии лечебно-профилактическим учреждениям республики.

О.И. Касымов неоднократно представлял республику на многих международных симпозиумах и конференциях (в Германии, Италии, Швеции, Хорватии, России, Белоруссии и других стран), где выступал с докладами по актуальным проблемам дерматовенерологии. Он в течение 5 лет входил в состав международной группы, состоявшей из представителей 12 стран, по унифицированию методов диагностики ИППП.

О.И. Касымов активно участвует как в жизни клиники, так и института. Является членом Ученого совета ИПОвСЗ РТ, членом диссертационного совета при ТГМУ им. Абуали ибн Сино,

заместителем председателя научного общества дерматовенерологов Таджикистана, председателем межкафедрального экспертного совета по терапевтическим и общественным дисциплинам, членом межкафедрального экспертного совета по стоматологии ИПОСЗ РТ, членом редакционной коллегии журнала «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».

Его отличают скромность, благородство, дружелюбное отношение к людям, за что он снискал большое уважение и авторитет среди коллектива ИПОСЗ РТ и ГЦКВБ.

За заслуги перед здравоохранением О.И. Касымов награжден орденом «Шараф» 2 степени, значком «Отличник здравоохранения РТ», грамотами Министерства здравоохранения и РК профсоюза медицинских работников РТ.

*Коллектив, редколлегия и редакция журнала
«Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения»
поздравляют дорогого Олима Исмаиловича с юбилеем,
желают ему крепкого здоровья и творческих успехов!*

