



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL

ТИПОГРАФИЯ
ООО «Даврон-И»

Редактор:
Р.Р.Рофиев
Технический редактор:
С. Юлдашева
Зав. редакцией:
Е.Н. Рубис
Корректор:
О.В. Шумилина
Переводчик:
Д.Хакимов

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан № 029/МЧ-97 от 04.12.2017 г.

УДК Тадж: 61
№ГР 34-02.1.216 ТЈ

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

Сдано в набор 26.12.2019 г.
Подписано в печать 15.01.2020 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 14

Подписной индекс для предприятий и организаций: 77719

ISSN 2414-0252

ДУШАНБЕ

Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ

Вестник последипломного образования
в сфере здравоохранения

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2011 г.

1 • 2020

Сардабир Н.Д. Мухиддинов – д.и.т.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Ахмедов (член-корр. АМН МЗиСЗН 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), **А.Г. Гоибов** (д.м.н., профессор), **С.Б. Давлатов** (академик Российской академии медико-технических наук, д.м.н., научный редактор), **М.Н. Джураев** (д.м.н.), **К.А. Закирова** (д.м.н.), **Х. Ибодов** (д.м.н., профессор), **Т.Ш. Икромов** (д.м.н.), **К.И. Исмоилов** (д.м.н., профессор) **О.И. Касымов** (д.м.н., профессор), **К.М. Курбонов** (академик АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор), **З.А. Мирзоева** (д.м.н., профессор), **А.М. Мурадов** (академик Российской академии медико-технических наук, д.м.н., профессор), **Мухаммадали Музаффари** (д.ф.н., профессор), **С.М. Мухамадиева** (д.м.н., профессор), **М. Нажмудинова** (д.м.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), **Д.И. Холматов** (д.м.н., доцент), **М.Н. Шакиров** (д.м.н.), **С.М. Шукурова** (член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А. Азизов (д.м.н., профессор), **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), **Р.Н. Бердиев** (д.м.н., доцент), **М.А. Гафарова** (д.м.н., профессор; Москва), **А.Д. Гоибов** (член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор), **Т.Г. Гульмурадов** (член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор), **Д.С. Додхоев** (д.м.н.), **М.Ф. Додхоева** (академик АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор), **А.Р. Достиев** (д.м.н., профессор), **П.Т. Зоиров** (член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор), **М.С. Исаева** (д.м.н., профессор), **А.А. Исмаилов** (д.м.н.) **М.Я. Камилова** (д.м.н., доцент), **М.М. Каратаев** (д.м.н., профессор; Бишкек), **М.К. Кулджанов** (д.м.н., профессор; Алма-Ата), **Назаров Т.Х.** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Ш.Ф. Одинаев** (д.м.н., доцент), **Р.А. Рахмонов** (д.м.н.), **Руммо О.О.** (д.м.н., профессор; Минск), **С.С. Сатторов** (д.м.н., профессор), **И.В. Тимофеев** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **И.Б. Холматов** (д.м.н., профессор)



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL

PRINTING HOUSE
«Davron-I»

Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

1 • 2020

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), **Goibov A.G.** (doctor of medical science, professor), **Davlatov S. B.** (academician of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences, doctor of medical science, doctor of medical science, scientific editor), **Dzhuraev M. N.** (doctor of medical science), **Zokirova K. A.** (doctor of medical science), **Ibodov Kh.** (doctor of medical science, professor), **Ikromov T. Sh.** (doctor of medical science), **Ismoilov K. I.** (doctor of medical science, professor), **Kasymov O. I.** (doctor of medical science, professor), **Kurbonov K. M.** (Academician of Academy of Medical Sciences of Ministry of Public health of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Mirzoeva Z. A.** (doctor of medical science, professor), **Muradov A. M.** (academician of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences, doctor of medical science, professor), **Muzaffari M.** (doctor of philosophy science, professor), **Mukhamadiyeva S. M.** (doctor of medical science, professor), **Nazhmudinova M.** (doctor of medical 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), **Kholmatov D. I.** (doctor of medical science, professor), **Shakirov M. N.** (doctor of medical science), **Shukurova S. M.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor)

EDITORIAL COUNCIL

Azizov A. (doctor of medical science, professor), **Azonov Dzh. A.** (doctor of medical science, professor), **Aliiev 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), **Berdiev R.N.** (doctor of medical science, docent), **Gafarova M.A.** (doctor of medical science, professor; Moscow), **Goibov A.D.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **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), **Dodkhoev D. S.** (doctor of medical science), **Dostiev A. R.** (doctor of medical science, professor), **Zoirov P.T.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Isaeva M.S.** (doctor of medical science, professor), **Ismailov A. A.** (doctor of medical science), **Kamilova M. Ya.** (doctor of medical science, docent), **Karataev M. M.** (doctor of medical science, professor; Bishkek), **Kulzhanov M. K.** (doctor of medical science, professor, Alma-Ata), **Nazarov T. Kh.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Odinaev Sh. F.** (doctor of medical science, docent), **Rakhmonov R. A.** (doctor of medical science), **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), **Kholmatov I. B.** (doctor of medical science, professor)

ISSN 2414-0252

DUSHANBE

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Абдуллоев С.М., Гулбекова З.А., Махмудов Х.Р.

Abdulloev S.M., Gulbekova Z.A., Makhmudov H.R.

Анализ заболеваемости некоторыми хроническими неинфекционными заболеваниями в Горно-Бадахшанской автономной области Республики Таджикистан

The analysis of the morbidity some chronic non-infectious diseases in the Gorno-Badakhshan autonomous region of the Republic of Tajikistan

5

Абдуллоев Ф.М., Фарзонаи Иброхим, Назаров Ш.К., Рахимова С.У., Давлатов Х.Х., Саидов С.

Abdulloev F.M., Farzonai Ibrohim, Nazarov Sh.Q., Rahimova S.U. Davlatov Kh. Kh, Saidov S.

Ультразвуковое и компьютерное томографическое исследование в диагностике абсцесса печени и проведение мини-инвазивных лечебных вмешательств

Ultrasound and computer tomographic research in diagnostics of liver abscess and conducting mini – invasive medical treatments

19

Асилзода М.М., Камилова М.Я., Акобирова С.А.

Asilzoda M.M., Kamilova M.Y., Akobirova S.A.

Особенности гормональной функции плаценты у беременных на фоне ожирения или дефицита массы тела

Peculiarities of the hormonal function of the placenta in pregnant women on background of obesity or body weight deficiency

24

Ганиева М.Т., Мадаминова Т.В., Исокова М.Дж., Иллариошкин С.Н.

Ganieva M.T., Madaminova T.V., Isokova M.J., Illarioshkin S.N.

Распространенность и клинический полиморфизм наследственной патологии нервной системы в Согдийской области Республики Таджикистан

Epidemiologic characteristics of the hereditary diseases of the nervous system in the Sogd region of the Republic of Tajikistan

29

Джабарова Т.С., Касымова М.К., Рахматова Н.А.

Dzhabarova T.S., Kasymova M.K., Rakhmatova N.A.

Опыт внедрения и реализации инновационного учебного курса «Менеджмент общественного здравоохранения»

Experience in introducing and implementing an innovative training course "Public Health Management"

34

Каримов С.М., Мирзов А.С., Исmoilов А.А.
Результаты эпидемиологического анализа распространности и интенсивности заболеваний пародонта у лиц с сопутствующей соматической патологией

Karimov S.M., Mirzoev A.S., Ismoilov A.A.
Results of the epydemiological analysis of prevalence and intensities of the parodontal diseases in persons with accompanying somatic pathology

39

Касымов О.И., Эмомалиев Д., Муниева С.Х., Баёзов Б., Касымов А.О.

Kasymov O., Emomaliev D., Munieva S., Bayozov B., Kasymov A.

Особенности клиники и некоторых сторон патогенеза разных типов псориаза

Peculiarities of the clinical picture and some aspects of pathogenesis of various types of psoriasis

43

Кахарова Р.А., Иброхимов Ю.Х., Бахриева З.С.

Kakharova R.A., Ibrohimov Yu.H., Bahrieva Z.C.

Выбор тактики хирургического лечения пациентов с острым нагноением эпителиально-копчикового хода

Choice of surgical treatment tactics for patients with acute epithelial coccygeal passage

50

Маликоева С.А.

Malikoeva S.A.

Перинатальные исходы у женщин, переживших акушерские кровотечения

Prenatal outcomes in women with obstetrician bleedings

54

Мирзабекова Б.Т.

Mirzabekova B.T.

Потенциальные факторы риска перинатальных потерь

Potential risk factors of perinatal losses

58

- | | | |
|--|----|--|
| <p>Мухаммаднабиева Ф.А., Исмаилов К.И., Мухитдинова З.А.
Иммунный ответ при болезни Шенлейна-Геноха у детей</p> | 65 | <p>Mukhammadnabieva F.A., Ismailov K.I., Mukhitdinova Z.A.,
Immune respon in children with Shenlein-Genoch disease</p> |
| <p>Орипова Ш.Н., Байматова З.К., Алиева Р.Я., Орипова Р.Ш., Мулкамонова Л.
Ультразвуковая диагностика плацентарной недостаточности у женщин с инсулинорезистентностью</p> | 69 | <p>Oripova Sh.N., Baymatova Z.K., Alieva P.Y., Oripova R.Sh., Mulkamonova L.
Ultrasound diagnostics of placental insufficiency of women with insulin resistance</p> |
| <p>Рахимова Б.С.
Значимость провоцирующих и содействующих факторов риска развития пролапса тазовых органов у жительниц Таджикистана</p> | 75 | <p>Rakhimova B.S.
The impotence provocating and promoting genital prolapsesrisk factors in woman in Tajikistan</p> |
| <p>Шарипов Х.С., Зарипов А.Р., Сабуров С.К.
Комплексная оценка предпротезного состояния органов и тканей полости рта в ключевой возрастной группе взрослого населения</p> | 80 | <p>Sharipov Kh.S., Zaripov A.R., Saburov S.K.
Complex estimation of after prosthetic conditions of organ and tissue of oral cavity between key age group of the adult population</p> |
| <p>Шафозода М.Б., Каримов С.М., Одинаев И.С.
Анализ исходного состояния несъемных протезов и краевого пародонта опорных зубов в системе ортопедической конструкции</p> | 86 | <p>Shafozoda M. B., Karimov S.M., Odinaev I.S.
Analysis of the source condition of unre-moved dentures and marginal parodont of supporting teeth in the system of orthopedic design</p> |
| <p>Шукурова С.М., Шодиев Б.Р., Абдуллоев М.Ф., Раджабов Р.М.
Ревматоидный артрит в ассоциации с сопутствующими заболеваниями</p> | 91 | <p>Shukurova S. M., Shodiev B. R., Abdullaev M. F., Radjabov R.M.
Rheumatoid arthritis in an association with related diseases</p> |

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

- Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Саидов И.С., Джононов Д.Д., Махмадкулова Н.А.**
Коррекция послеожоговой рубцовой деформации молочной железы 98
- Расулова Г.Т., Саидова М.И., Ибрагимова Н.Т.**
Прерывание беременности при болезни Бехчета 105

CASE FROM PRACTICE

- Malikov M.Kh., Karim-zade G.D., Saidov I.S., Jononov J.D., Makhmadkulova N.A.**
Correction of burn scarring deformity in mammary gland
- Rasulova G.T., Saidova M.I., Ibragimova N.T.**
Interruption of pregnancy in Behçet disease

98

106

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2020

УДК 614.2:616-053.6/7

Абдуллоев С.М., Гулбекова З.А., Махмудов Х.Р.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕКОТОРЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ГОРНО-БАДАХШАНСКОЙ АВТОНОМНОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

Abdulloev S.M., Gulbekova Z.A., Makhmudov H.R.

THE ANALYSIS OF THE MORBIDITY SOME CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES IN THE GORNO-BADAKHSHAN AUTONOMOUS REGION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

State Educational Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

Цель исследования. Изучить распространенность некоторых форм хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у населения Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО) РТ.

Материал и методы. Проведен анализ заболеваемости населения ГБАО хроническими неинфекционными заболеваниями по ежегодным отчетам Государственного учреждения «Центр статистики при Президенте Республики Таджикистан» за период 2014-2018 годы.

Результаты. Наиболее распространенной патологией из числа ХНИЗ явилась артериальная гипертензия (АГ): 1973 человек из 141438 (2014 г.), 3232 из 150017 (2018 г.) ($p < 0,001$). Вторым по значимости распространенности явились йоддефицитные состояния, обусловленные патологией щитовидной железы: 486 (2014 г.), 1147 (2016 г.) ($p < 0,001$) (пик заболеваемости) с некоторым снижением в 2018 году. На третьем месте находилась ИБС: 344 человека (2014 г.), 492 (2018 г.) ($p < 0,001$). Сахарный диабет зарегистрирован у 450 человек в 2011 году, у 560 - 2018 ($p < 0,001$).

Наименьшую распространенность среди населения ГБАО имела хроническая почечная болезнь, за период 2014-2018 годы составила 28 и 33 случаев соответственно.

Заключение. Высокая распространенность хронических неинфекционных заболеваний у населения ГБАО диктует необходимость проведения регулярных профилактических мероприятий по их активному выявлению и лечению, а также модернизации терапевтической службы по оказанию помощи лицам из групп высокого риска.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания, гипертония, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, йоддефицитные заболевания, обструктивные болезни легких

Aim. To study the prevalence of certain forms of chronic noncommunicable diseases (NCD) in the population of the Gorno-Badakhshan Autonomous Region (GBAO) of the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. An analysis of the incidence of chronic noncommunicable diseases in the GBAO population was carried out according to the annual reports of the State Institution "Center for Statistics under the President of the Republic of Tajikistan" for the period 2014-2018.

Results. The most common pathology among CNIDs was arterial hypertension (AH): 1973 people out of 141438 (2014), 3232 out of 150017 (2018) ($p < 0,001$). The second most significant prevalence was iodine deficiency due to thyroid pathology: 486 (2014), 1147 (2016) ($p < 0,001$) (peak incidence) with a slight decrease in 2018. In third place was CHD: 344 people (2014), 492 (2018) ($p < 0,001$). Diabetes mellitus was registered in 450 people in 2011, in 560 - 2018 ($p < 0,001$).

The lowest prevalence among the population of GBAO was chronic renal disease, for the period 2014 - 2018, there were 28 and 33 cases, respectively.

Conclusion. The high prevalence of chronic noncommunicable diseases among the population of GBAO dictates the need for regular preventive measures to actively identify and treat them, as well as to modernize the therapeutic service to provide assistance to people at high risk.

Key words: *noncommunicable diseases, hypertension, coronary heart disease, diabetes mellitus, iodine deficiency diseases, obstructive pulmonary diseases*

Актуальность

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) продолжают оставаться одной из основных причин временной нетрудоспособности, инвалидизации и летальности населения в большинстве стран мира, в основном стран со средним и низким уровнями дохода [3, 4]. Традиционно к ХНИЗ относят ряд распространенных патологий, имеющих хроническое течение, в частности сердечно-сосудистые заболевания (нарушение мозгового и коронарного кровообращения), сахарный диабет, хронические заболевания органов дыхания, хроническая почечная дисфункция и онкопатология [1, 9, 10].

Анализ литературных данных показывают, что ХНИЗ распространены непропорционально, в одних государствах они занимают лидирующую позицию в качестве причин смертности, в других имеют низкую частоту [1, 5, 7]. Одним из факторов увеличения заболеваемости населения ХНИЗ являются увеличение продолжительность жизни, так как с увеличением возраста отмечается прогрессирующий рост сердечно-сосудистой, легочной, почечной патологии и сахарного диабета [3, 6, 8].

В генез ХНИЗ также весомую роль вкладывают такие факторы риска, как низкая физическая активность, чрезмерное употребление табачных изделий и алкоголя, высококалорийное питание, богатое углеводами и жирами и др. [2, 4].

В Таджикистане смертность от ХНИЗ составляет 884 в расчете на 100000 населения. В структуре первичной заболеваемости в нашей республике в 2017 году лидирующее место занимала патология респираторной системы (5188,8 на 100000 населения) и болезни органов кровообращения (875,1 на 100000 населения). В структуре летальных исходов первое место принадлежит сердечно-сосудистым заболеваниям с показателем 206,0 на 100 тыс. населения. Однако число пациентов с болезнями коронарных артерий продолжают лидировать среди всей патологии сердечно-сосудистой системы [2].

Несмотря на достигнутые успехи и усилия руководства страны совместно с МЗиСЗНРТ, до настоящего времени не удалось значительно снизить смертность населения от ХНИЗ, хотя

по показателям летальных исходов Таджикистан уступает Китаю, странам Западной Европы, США и Ирану и находится на 127 месте в рейтинге ВОЗ [2].

Однако в Таджикистане до сегодняшнего дня крупные научные исследования, посвященные изучению распространенности и факторов риска ХНИЗ, в особенности среди населения, проживающего в условиях высокогорья, малочисленны, что послужило мотивом для выполнения настоящего исследования.

Цель исследования

Изучить распространенность некоторых форм хронических неинфекционных заболеваний у населения Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО) РТ.

Материал и методы исследования

Проведен анализ заболеваемости населения ГБАО хроническими неинфекционными заболеваниями по ежегодным отчетам Государственного учреждения «Центр статистики при Президенте Республики Таджикистан» в период 2014-2018 годы. Согласно полученным данным, проводили оценку распространенности и заболеваемости взрослого населения ГБАО ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом (СД), хронической болезнью почек (ХБП), хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОБЛ) и йододефицитной патологией (ЙЗ) из расчета на 100000 населения. Также были изучены новые случаи заболевания, впервые диагностированные ХНИЗ в течение анализируемого года, колебания частоты встречаемости этих патологий в зависимости от пола и возраста населения, а также по региону проживания.

Все полученные данные в ходе выполнения настоящей работы были занесены в программу Excel 2007 с отдельной маркировкой каждого изучаемого признака. Статистический анализ данных проводился с помощью пакетных программ для социальных наук (SPSS) версии 21. Результаты статистических данных были обобщены с использованием таблиц и цифр. Описательная статистика включала в себя, в основном, частоту для номинальных и порядковых переменных; среднее, диапазон и стандартное отклонение были рассчитаны для непрерывных и дискретных переменных.

Для отображения данных использовались гистограммы или диаграммы. Частоты и проценты рассчитывались для категориальных переменных. Критерий «Хи-квадрат» использовался для номинальных переменных для определения взаимосвязи между независимыми и зависимыми переменными. Для углубленного изучения статистических взаимосвязей и прогнозирования был применен метод регрессии. Результаты, которые показали, что значение Р меньше или равно 0,05, считались статистически значимыми.

Результаты и их обсуждение

Анализ ежегодных отчетов Центра статистики при Президенте Республики Таджикистан по распространенности и заболеваемости населения ГБАО неинфекционными заболеваниями в период 2014-2018 годы позволил выявить следующую эпидемио-

логическую картину (рис. 1). Наиболее распространенной патологией из числа ХНИЗ явилась АГ, которая была зарегистрирована у 1973 человек из числа 141438 проживающего населения в 2014 году. Вместе с тем, отмечалось постепенное значимое увеличение из года в год, и в 2018 году общее число населения с гипертензионным синдромом составило 3232 человек среди 150017 проживающего населения ($p < 0,001$).

Вторым по значимости распространенности явились йоддефицитные состояния, обусловленные патологией щитовидной железы. В 2014 году они имели место у 486 проживающего населения этой области. Пик патологии приходится на 2016 год (1147 человек; $p < 0,001$), с некоторым снижением в 2018 году, что, возможно, обусловлено адекватным лечением.

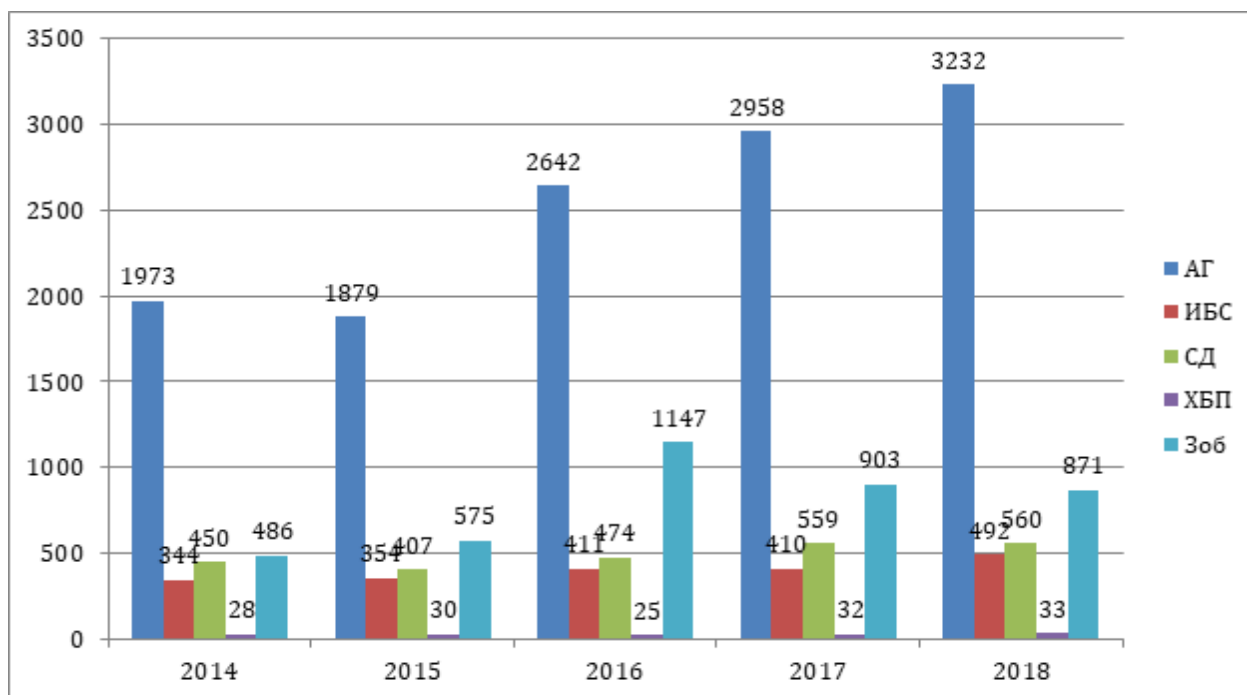


Рис. 1. Общее количество больных ХНИЗ из числа взрослого населения

Третьим по значимости среди заболеваемости населения выступила ИБС, которая также, как АГ, имела тенденцию к ежегодному увеличению. Так, если общее число населения с коронароатеросклерозом в 2014 году составило 344 человек, то доля лиц с этой патологией в 2018 составила 492 человека, т.е., прирост заболевания составил 148 случаев, по сравнению с 2014 годом ($p < 0,001$).

Аналогичную тенденцию мы наблюдали при заболеваемости сахарным диабетом, который в 2011 году был зарегистрирован у 450 человек среди 141438 постоянно прожи-

вающего населения этой области. В 2018 году число лиц с зарегистрированным сахарным диабетом и принимающих гипогликемическую терапию составило 560 человек ($p < 0,001$).

Наименьшую распространенность среди населения ГБАО имела хроническая болезнь почек, которая с 2014 по 2018 годы имела приблизительно одинаковую распространенность: 28 и 33 случаев соответственно. Далее мы подробно приводим эпидемиологическую картину каждой нозологической формы ХНИЗ в зависимости от пола, возраста и региона проживания населения ГБАО.

Артериальная гипертензия у популяции ГБАО. Как упоминалось выше, первое место среди ХНИЗ занимала АГ, которая имела тенденцию к ежегодному увеличению среди взрослого населения ГБАО (рис. 2).

Результаты эпидемиологического анализа показали, что наиболее часто АГ страдали лица женского пола ($p < 0,001$), такая тенденция гендерного различия по наличию высоких показателей АД отмечалось в течение всего анализируемого периода.

Так, если в 2014 году гипертензионный синдром имели 1032 женщины и 941 мужчина, то в 2018 году данной патологией страдали 1436 лиц мужского и 1796 женского пола ($p < 0,001$). Такая закономерность отмечалась и по общей заболеваемости населения: если в 2017 году впервые АГ была выявлена у 316 человек (220 женщин и 96 мужчин), то в 2018 году – у 274 лиц (204 женщин и 70 мужчин) из числа постоянных жителей ($p < 0,001$).



Рис. 2. Общая распространённость АГ среди популяции ГБАО

В зависимости от региона проживания наиболее часто АГ встречалась среди жителей Дарвазского, Мургабского и Ванджского районов и города Хорога (рисунок 3). В наименьшей степени гипертония отмечалась среди населения Шугнанского района, который, по сравнению с другими районами, расположен в среднегорье, и, возможно, наименьшее отрицательное влияние климатических факторов обуславливало меньшую заболеваемость населения этого региона. Также в зависимости от региона проживания населения отмечалось ежегодное увеличение АГ и ее прирост в 2018 году, по сравнению с 2017 годом, что чаще отмечалось у жителей Ванджского, Мургабского и Рушанского районов и составило 114, 54 и 104 случаев соответственно.

Таким образом, тщательный эпидемиологический анализ артериальной гипертонии у населения ГБАО позволил выявить, что эта патология является одной из наиболее

распространенных форм ХНИЗ и чаще выявляется среди лиц женского пола. Также выявлен ежегодный прирост заболеваемости населения ГБАО артериальной гипертонией, что требует проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий как по раннему ее скринингу, так и адекватному лечению.

Эпидемиологическая картина ИБС у взрослого населения ГБАО. Согласно нашему исследованию, ИБС занимала третье рейтинговое место по частоте распространенности среди неинфекционных заболеваний в ГБАО (рис. 4).

Как видно из представленной диаграммы, ишемической болезнью сердца, в отличие от АГ, чаще страдали мужчины, которые относятся к группе высокого риска по развитию инфаркта и инсульта. Так, если в 2014 году ИБС страдали 210 мужчин и 134 женщины, то в 2018 году их число увеличилось до 296 и 196 случаев со-

ответственно ($p < 0,001$). Такая же тенденция гендерного различия по ишемическому поражению миокарда была выявлена и в

период 2015, 2016 и 2017 годы, когда отмечается значимое постепенное увеличение доли населения, страдающего ИБС.

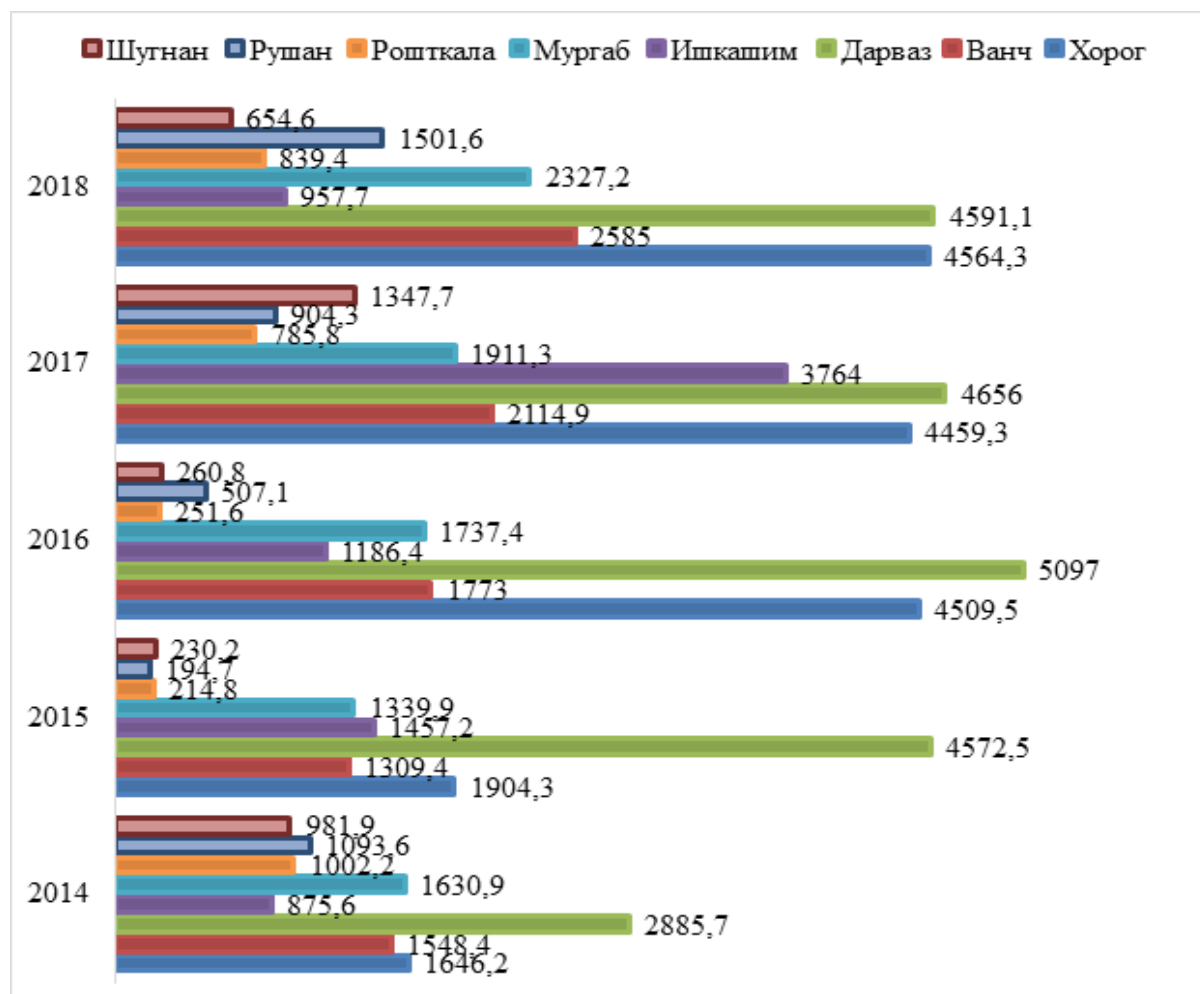


Рис. 3. Распространенность АГ в популяции ГБАО в зависимости от региона проживания

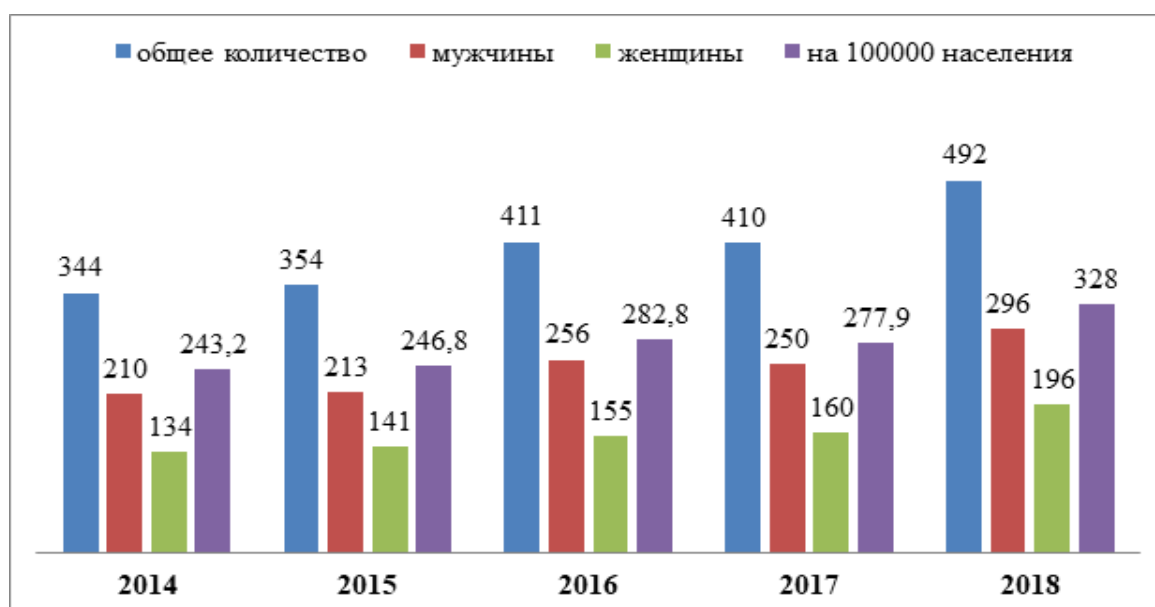


Рис. 4. Общая распространённость ИБС среди популяции ГБАО

Наблюдалось прогрессивное увеличение общей заболеваемости населения этого региона коронароатеросклерозом: если в 2014 он имело место у 344 человек (210 мужчин и 134 женщины), то в 2018 году – в 492 наблюдениях (296 мужчин и 196 женщин) от общего числа населения ($p < 0,001$). Пятилетний эпидемиологический анализ показал, что произошел прирост общей заболеваемости из расчета на 100000 населения: в 2014 году этот показатель составил 243,2, в 2018 году увеличился до 328,0 на 100000 населения ($p < 0,001$).

Нами также анализирована эпидемиологическая картина по ИБС в зависимости от региона проживания населения, Выявлено, что эта патология в 2014 году гораздо чаще встречалась среди жителей города Хорога и Дарвазского, Рошткалинского и Ишкашимского районов (рис. 5).

В течение пятилетнего периода частота ИБС имела различную положительную и отрицательную корреляцию, в 2018 году чаще она встречалась у населения города Хорога и Дарвазского, Мургабского и Шутганского районов. По сравнению с другими регионами ГБАО, реже всего ИБС страдало население Рушанского района: в 2014 году общая распространенность составила 79,4 случаев на 100000 населения, в 2018 году – 188,4 случаев на 100000 населения.

Одной из характеристик эпидемиологии ИБС за анализируемый период явилось то, что в Ишкашимском и Рошткалинском районах с 2014 года отмечалось значимое постепенное уменьшение доли населения, страдающего ИБС. Этот феномен, возможно, был обусловлен или адекватным лечением пациентов, или фатальными последствиями коронарной болезни сердца.

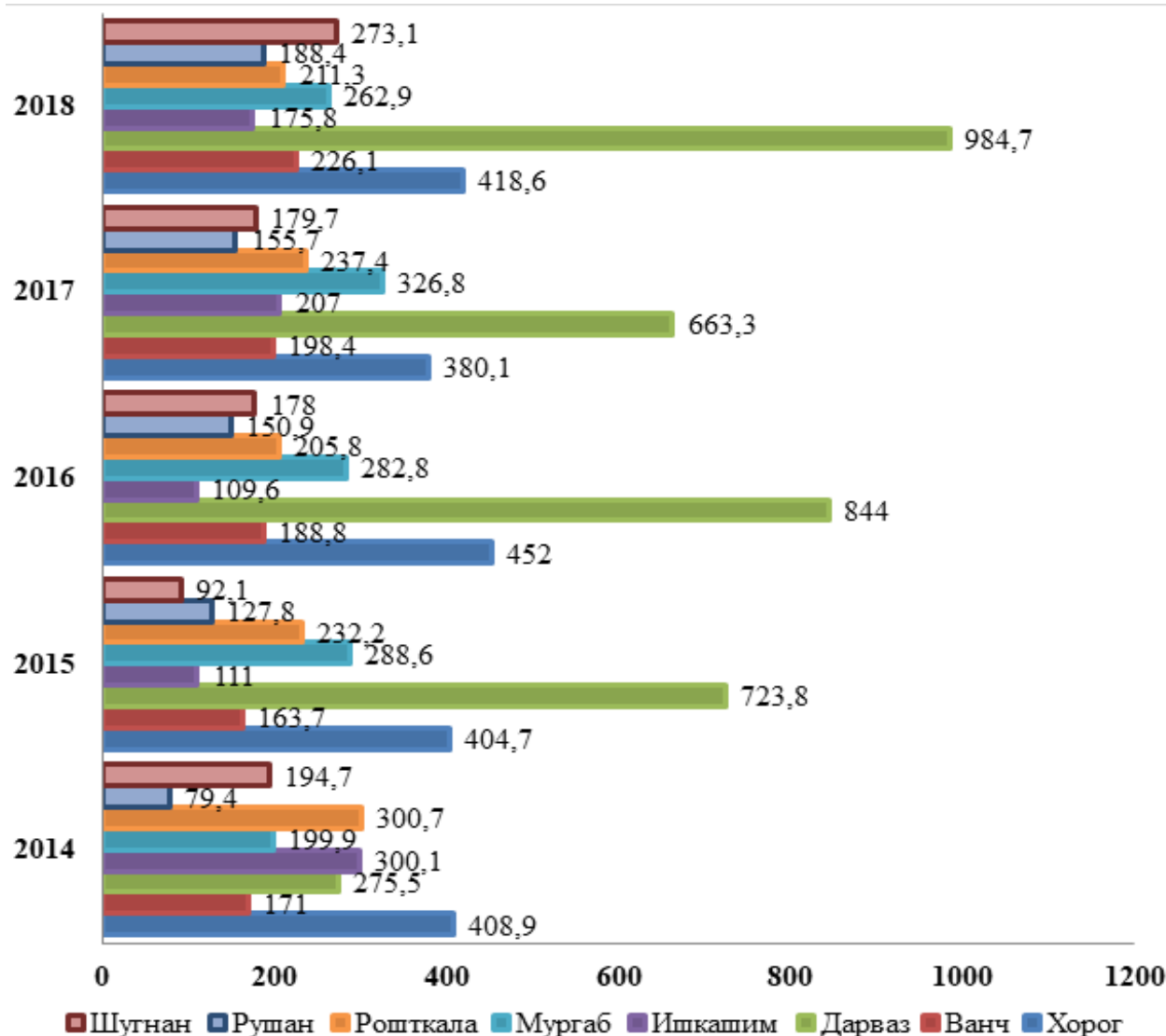


Рис. 5. Заболеваемость популяции ГБАО в зависимости от региона проживания из расчета на 100000 населения

Таким образом, анализ эпидемиологической ситуации ИБС по ежегодным статистическим отчетам среди популяции ГБАО показал, что чаще эта патология встречается среди мужчин и не имеет определенной тенденции распространения, что необходимо учитывать при планировании бюджетных средств системы здравоохранения, направленных на проведение лечеб-

но-профилактических мероприятий по этому вопросу.

Распространённость сахарного диабета. Согласно анализу статистических отчетов, в 2014 году распространённость СД в ГБАО составила 318,2 случаев на 100000 населения (рис. 6), в том числе 359,3 случаев среди женской и 278,6 мужской популяции из расчета 100000 населения ($p < 0,001$).

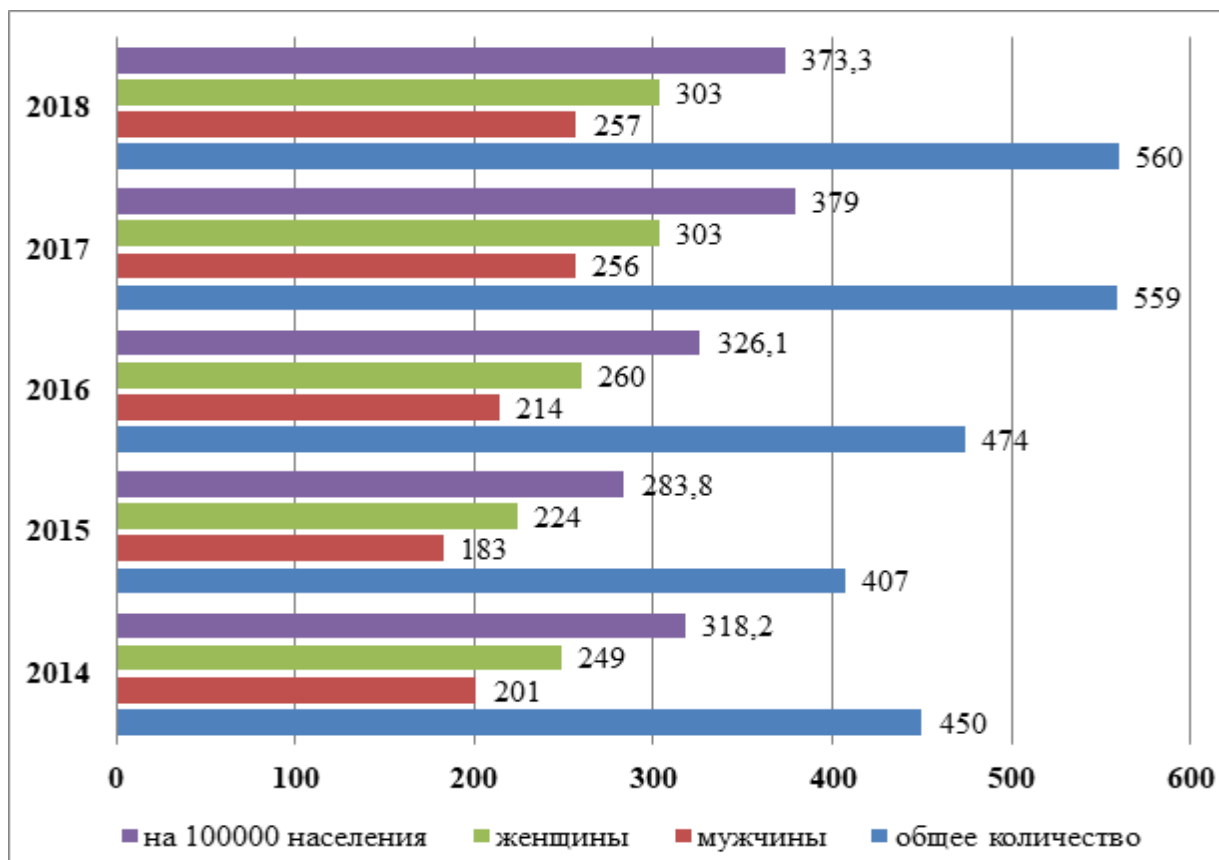


Рис. 6. Общая распространённость сахарного диабета в популяции ГБАО

Начиная с 2016 года отмечается постепенное значимое увеличение доля населения страдающей нарушением обмена глюкозы и в 2018 году она составило 373,3 случаев (303,0 среди женщин и 257,0 среди мужчин) на 100000 населения ($p < 0,001$). При этом отмечалось увеличение доли как женского, так и мужского населения, что доказывает факт увеличения заболеваемости этой патологией, независимо от половой принадлежности.

Необходимо отметить, что в 2015 году, по сравнению с 2014 годом, отмечалось некоторое снижение заболеваемости населения диабетом, что составило 407 случаев (224 случая среди женщин и 183 - среди мужчин) на 100000 населения. Такая тенденция, возможно, обусловлена или оттоком насе-

ления с СД в другие регионы страны, или же допущением ошибок при проведении статистических отчетов, или же смертностью населения, страдающего сахарным диабетом.

В 2014 году нарушение обмена глюкозы чаще отмечалось среди жителей города Хорога и Дарвазского, Ванджского, Ишкашимского и Рошткалинского районов (рис. 7). В последующие годы эти показатели имели динамичное развитие, и в 2018 году наиболее часто СД был зарегистрирован у населения города Хорога и Рошткалинского района. В остальных регионах ГБАО распространённость СД в этом году составила от 253,2 до 3,5 случаев на 100000 населения, что намного меньше, по сравнению с вышеуказанными двумя регионами этой области ($p < 0,001$).

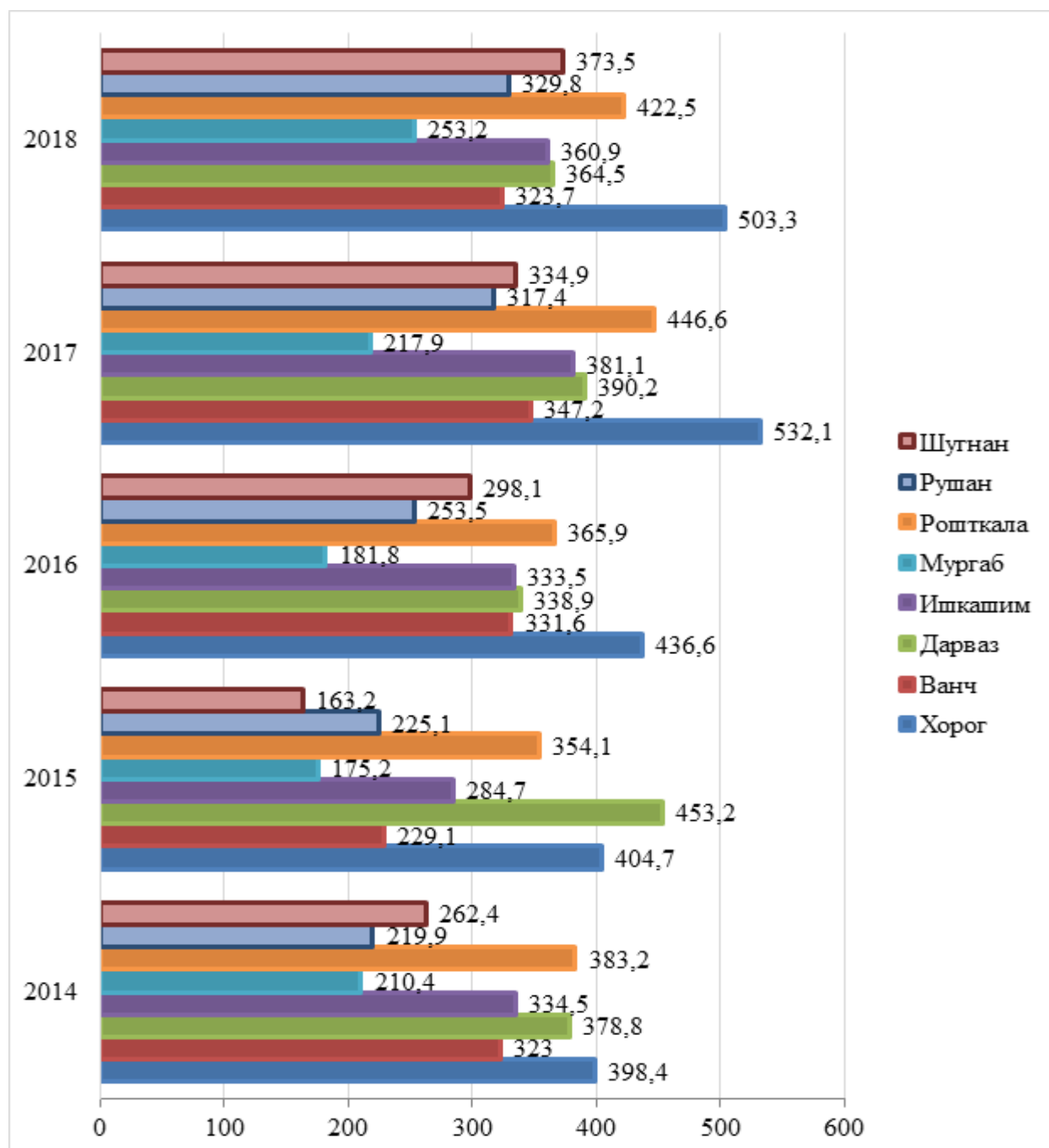


Рис. 7. Заболеваемость популяции ГБАО сахарным диабетом в зависимости от региона проживания населения

Таким образом, эпидемиологическая оценка СД у населения ГБАО показала, что, как и другие формы ХНИЗ, он имеет ежегодную тенденцию к увеличению и чаще регистрируется среди лиц женского пола.

Особенности заболеваемости населения ГБАО хронической болезнью почек. Согласно полученным нами результатам, распространенность ХБП в ГБАО в 2014 году составила 19,8 случаев на 100000 населения (рис. 8), в том числе 20,8 случаев среди мужской и 18,8 – женской популяции из расчета 100000 населения ($p > 0,05$).

В отличие от других форм ХНИЗ, распространенность хронической почечной дисфункции не имела значимого гендерного различия и встречалась почти одинаково среди лиц обоих полов. Также не имелось достоверного эпидемиологического увеличения и заболеваемости населения ГБАО этой патологией в последующие годы: в 2018 году она составила 22,0 случая (23,5 среди мужчин и 20,4 среди женщин) на 100000 населения ($p > 0,05$). В зависимости от региона проживания населения были получены иные данные (рис. 9).

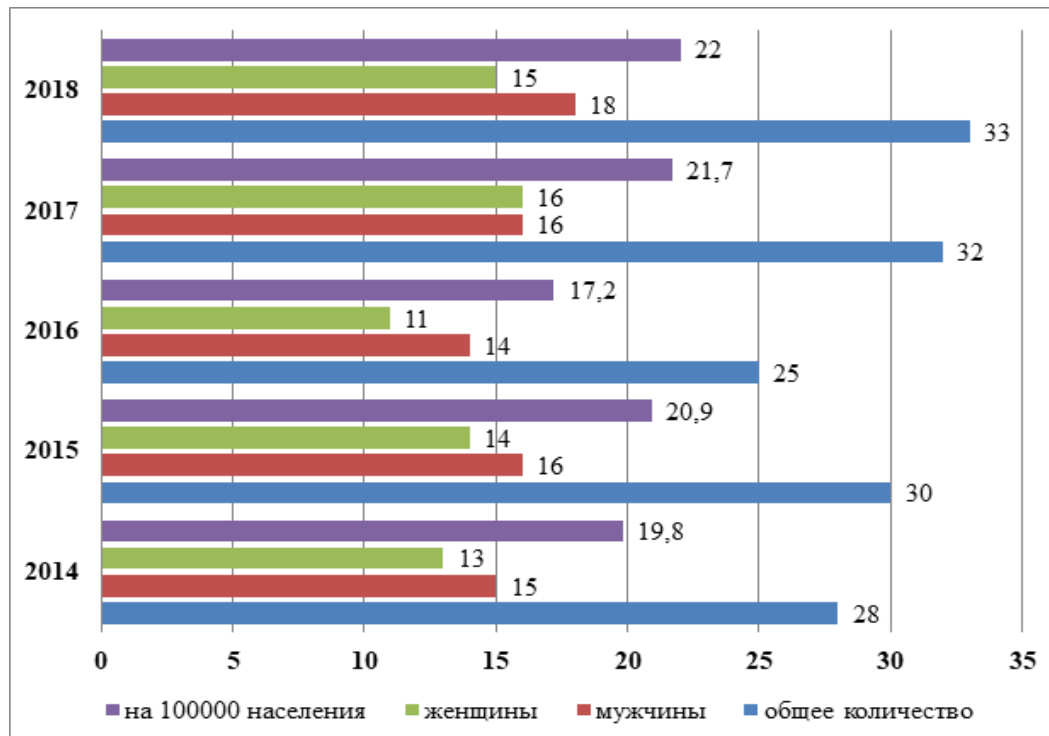


Рис. 8. Общая распространённость ХБП в популяции ГБАО

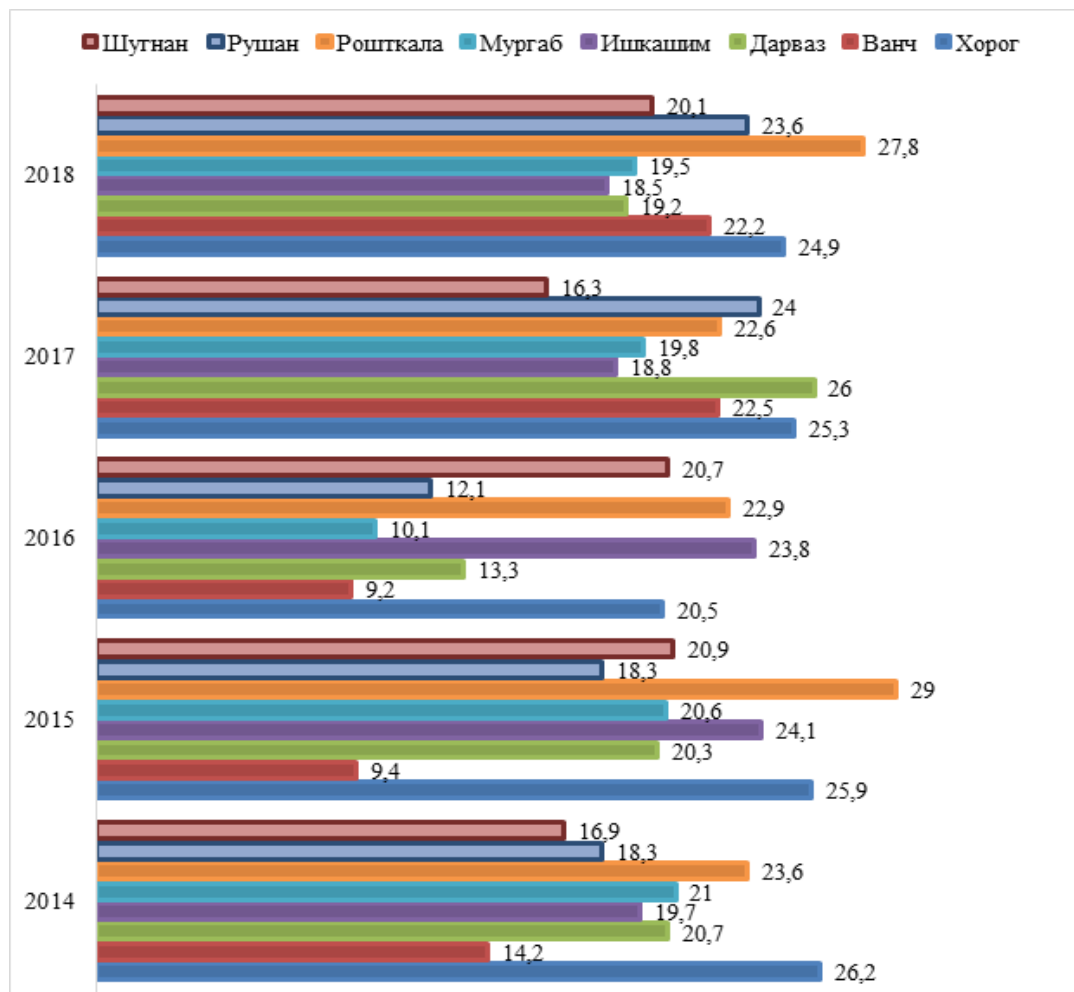


Рис. 9. Заболеваемость популяции ГБАО хронической болезнью почек в зависимости от региона проживания

Как видно из представленного рисунка, чаще ХБП регистрировалась среди населения города Хорог и Дарвазского, Рошткалинского и Мургабского районов. Вместе с тем, наименьшая распространённость ХБП имела среди жителей Ванджского и Шугнанского районов.

Таким образом, эпидемиологическая оценка ХБП у населения ГБАО показало, что данная патология встречается гораздо реже, по сравнению с другими формами ХНИЗ, как среди общей популяции, так и по гендерному

распределению. Также не отмечалось значимого увеличения распространенности и заболеваемости ХБП среди взрослого населения этой области в анализируемый период времени.

Распространенность йоддефицитных заболеваний в популяции ГБАО. Анализ ежегодных статистических данных показал, что патология щитовидной железы имела довольно большую распространенность, и в 2014 году она составила 343,6 случаев (223,2 среди мужской и 468,9 среди женской популяции; $p < 0,001$) на 100000 населения (рис. 10).

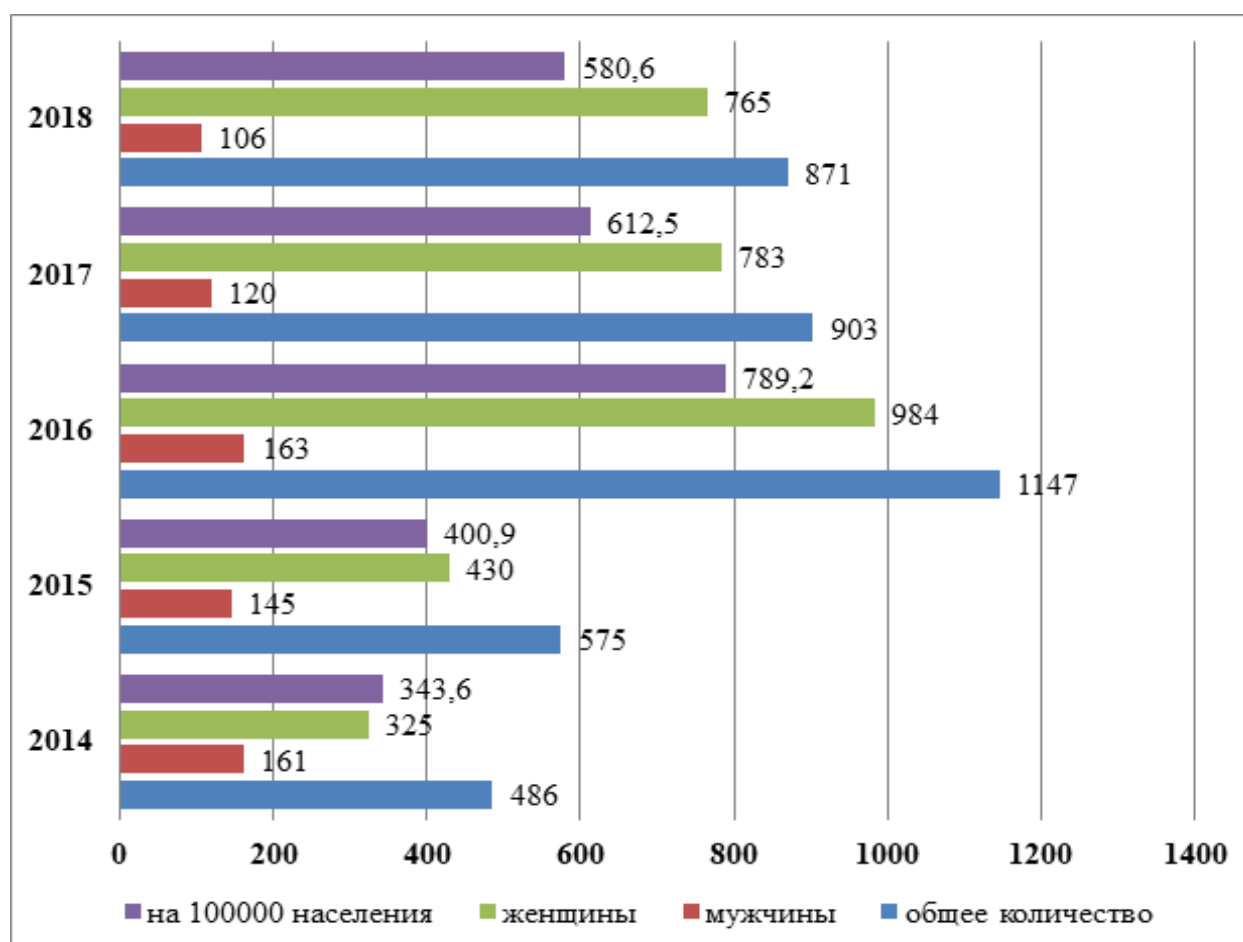


Рис. 10. Общая распространённость йоддефицитных заболеваний среди популяции ГБАО

Эпидемиологическая оценка динамики распространенности этой патологии в последующие 2015-2018 годы показала, что она имела значимую тенденцию к увеличению и в 2018 году была зарегистрирована в среднем у 871 человек (106 среди мужской и 765 среди женской популяции; $p < 0,001$) среди 100000 населения ($p < 0,001$).

Необходимо отметить, что эпидемиологический рост данной патологии отмечался только среди лиц женского пола (от 0,4689% до 1,3818%; $p < 0,001$) и достигл своего пика

в 2016 году, где общая распространённость составила 1147 случаев (163 среди мужской и 984 среди женской популяции; $p < 0,001$) на 100000 населения.

Анализ эпидемиологической картины йоддефицитных заболеваний в зависимости от региона проживания населения показал, что в 2014 году гораздо чаще этой патологией страдали жители города Хорога и Дарвазского, Мургабского и Рушанского районов (рис. 11). В течение пятилетнего периода частота распространенности йоддефицитных

заболеваний претерпевала определенные изменения и в 2018 году наиболее часто регистрирована среди жителей города Хорога и Дарвазского и Мургабского районов. Одной из характеристик эпидемиологии ИДЗ за анализируемый период явилось то, что

в Ишкашимском районе, по сравнению с 2014, в 2016 году отмечалось резкое значимое увеличение их количества, что, возможно, обусловлено ростом самого населения или достижения подросткового возраста населением с патологией щитовидной железы.

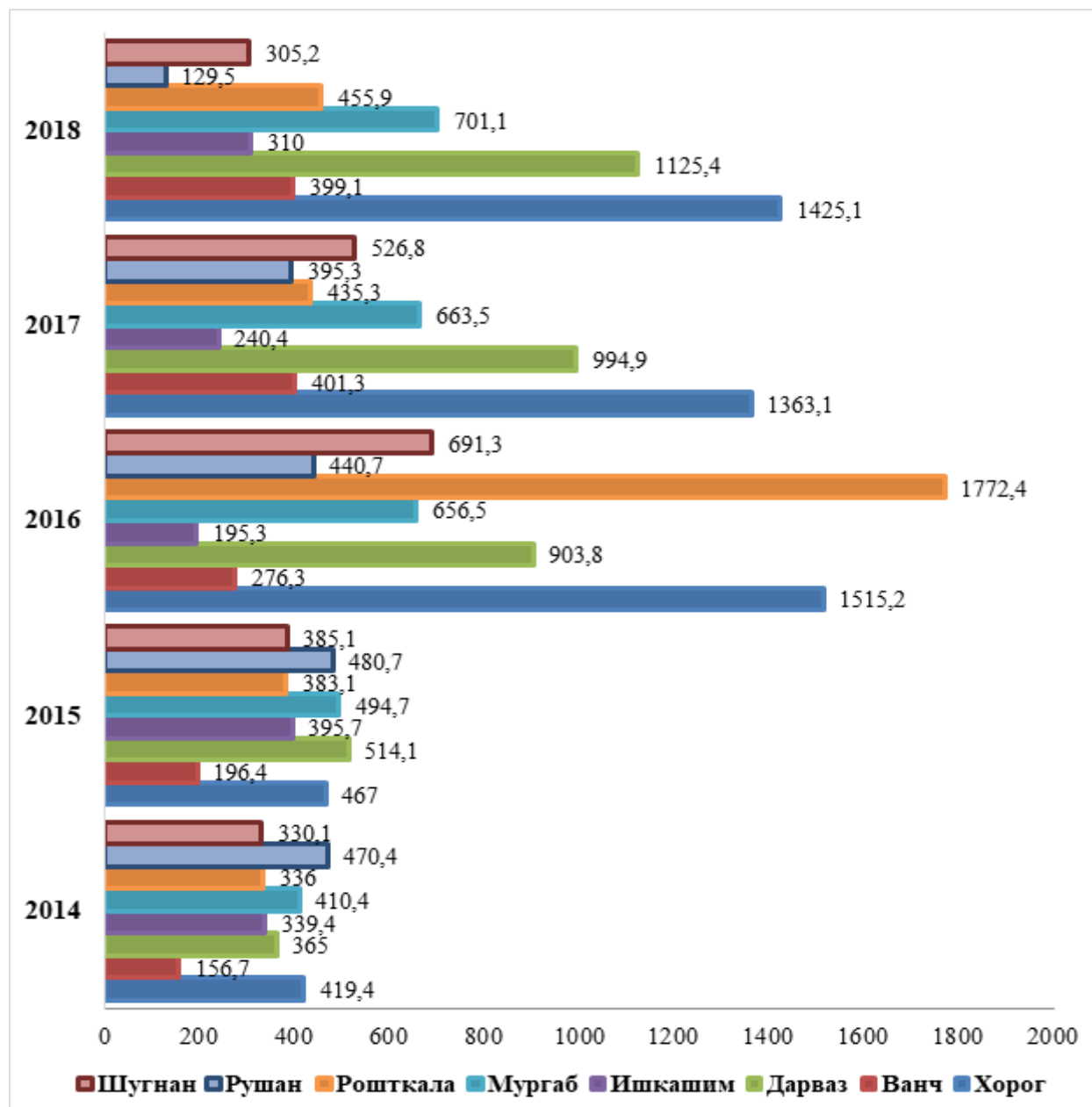


Рис. 11. Распространенность йододефицитных заболеваний в зависимости от региона проживания населения

Таким образом, эпидемиологический анализ ИДЗ по регионам проживания и половой принадлежности показывает, что патологией чаще всего страдают лица женского пола, происходит значимое увеличение заболеваемости этой патологией в одних и, наоборот, уменьшение доли заболеваемости населения в других регионах,

что необходимо учесть при проведении последующих лечебно-профилактических мероприятий.

Показатели распространённости хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ). ХОБЛ имела тенденцию к ежегодному увеличению среди взрослого населения ГБАО (рис. 12).

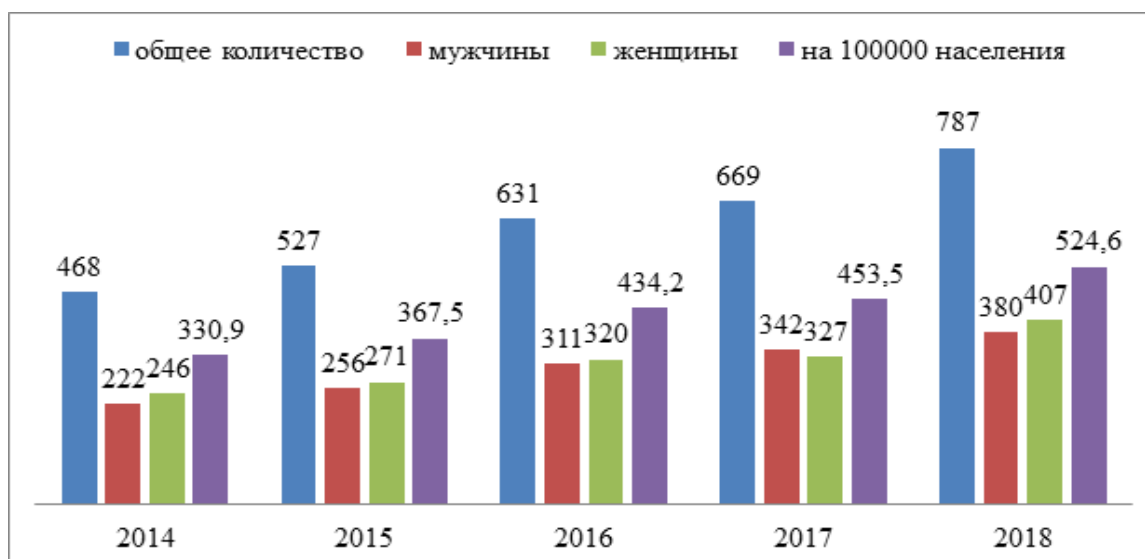


Рис. 12. Распространённость ХОБЛ среди популяции ГБАО

Результаты исследования показали, что обструктивная патология легких имела приблизительно одинаковую распространенность среди лиц обоих полов ($p > 0,05$), и такая тенденция сохранялась в течение всего анализируемого периода. Так, если в 2014 году ХОБЛ имели 222 (47,5%) мужчины и 246 (52,5%) женщин, то в 2018 году данной патологией страдали 407 (51,7%) лиц женского и 380 (48,3%) – мужского

пола ($p > 0,05$). Вместе с тем, по сравнению с 2014 годом, начиная с 2016 года и в последующем отмечалось значимое увеличение общей заболеваемости населения этой патологией ($p < 0,001$).

Анализ распространенности ХОБЛ в зависимости от региона проживания населения показал, что чаще им страдали жители города Хорога и Дарвазского, Мургабского и Шугнанского районов (рис. 13).

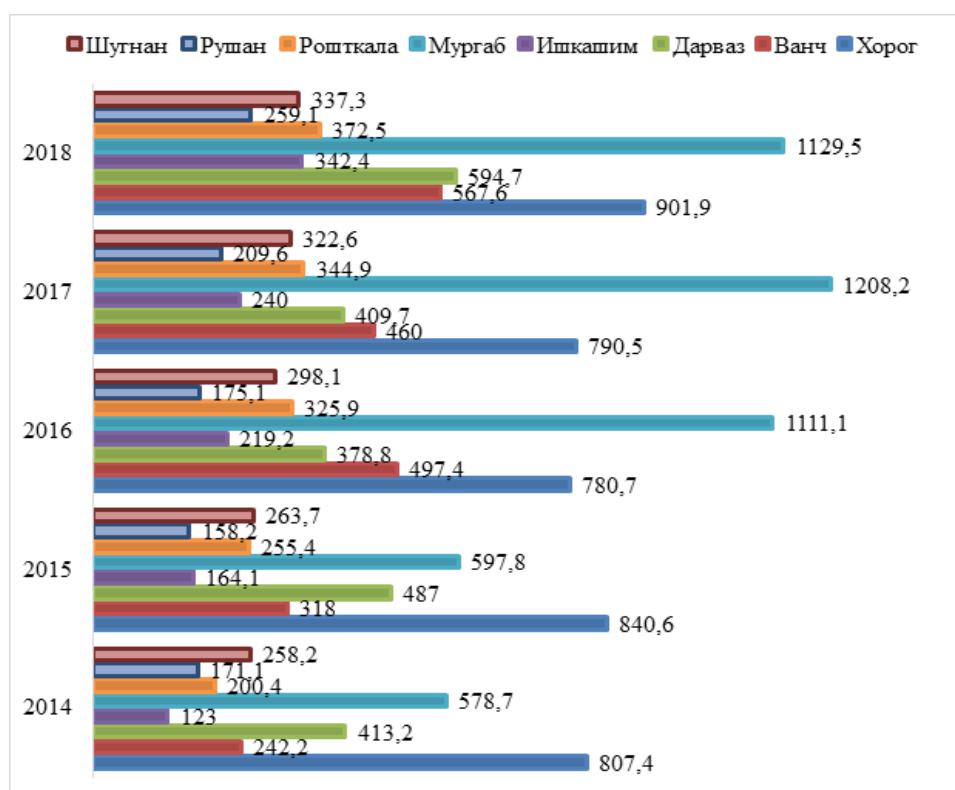


Рис. 13. Распространённость ХОБЛ в популяции ГБАО в зависимости от региона проживания

Чаще патология встречалась среди населения Мургабского района, что обусловлено сырым холодным климатом этого района, по сравнению с другими регионами ГБАО. Наименее всего страдало население Ишкашимского и Рушанского районов, где также в течение анализируемого периода не отмечалось значимого увеличения.

Таким образом, эпидемиологический анализ распространенности ХОБЛ у населения ГБАО позволил выявить, что эта патология является довольно распространенной нозологией и часто выявляется среди лиц обоих полов, с тенденцией к ежегодному увеличению.

Заключение

Резюмируя настоящее исследование, можно полагать, что основными распространёнными нозологическими формами хронических неинфекционных заболеваний среди населения Горно-Бадахшанской автономной области являются артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, йоддефицитные заболевания и хроническая обструктивная болезнь легких, имеющие тенденцию к ежегодному росту, в основном, среди популяции молодого и среднего возрастов и женского пола. Такая высокая распространённость хронических неинфекционных заболеваний среди населения ГБАО диктует необходимость проведения регулярных профилактических мероприятий по их активному выявлению и лечению, с модернизацией терапевтической службы по оказанию помощи лицам из групп высокого риска.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-10 см. в REFERENCES)

1. Калиниченко А.Е., Романова М.М. Динамика распространенности хронических неинфекционных заболеваний на примере терапевтического участка поликлиники БУЗ ВО "Богучарская районная больница" // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2016. №66. С. 280-285.
2. Русанова М.Ю., Подгаева В.А. Выявляемость хронических неинфекционных заболеваний и распространенность факторов риска их развития среди городского и сельского населения // Справочник врача общей практики. 2017. №7. С. 20-26.
3. Турдалиева Б.С. и др. Анализ заболеваемости и смертности от основных хронических неинфекционных заболеваний населения Республики Казахстан // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2016. №4. С. 485-488.

4. Чукаева И.И. и др. Возможности скрининга хронических неинфекционных заболеваний на амбулаторном этапе // Медицинский алфавит. 2016. Т.2, №16. С. 40-45.

REFERENCES

1. Kalinichenko A. E., Romanova M. M. Dinamika rasprostranennosti khronicheskikh neinfektsionnykh zabolovaniy na primere terapevticheskogo uchastka polikliniki BUZ VO "Bogucharskaya rayonnaya bolnitsa" [Dynamics of prevalence of chronic non-communicable diseases, for example, therapeutic area clinics buz in bogucharskaya rajonnaya bolnica]. *Nauchno-medsitsinskiy vestnik Tsentralnogo Chernozemya – Scientific and medical herald of the Central Chernozem region*, 2016, No. 66, pp. 280-285.
2. Rusanova M. Yu., Podgaeva V. A. Vyyavlyaemost khronicheskikh neinfektsionnykh zabolovaniy i rasprostranennost faktorov riska ikh razvitiya sredi gorodskogo i selskogo naseleniya [Detection of chronic non-infectious diseases and the prevalence of risk factors for their development among urban and rural populations]. *Spravochnik vracha obshchey praktiki – General practitioner's guide*, 2017, No. 7, pp. 20-26.
3. Turdalieva B. S. Analiz zabolevaemosti i smertnosti ot osnovnykh khronicheskikh neinfektsionnykh zabolovaniy naseleniya Respubliki Kazakhstan [Analysis of morbidity and mortality from major chronic non-communicable diseases population]. *Vestnik Kazakhskogo Natsionalnogo meditsinskogo universiteta – Bulletin of the Kazakh National medical University*, 2016, No. 4, pp. 485-488.
4. Chukaeva I. I. Vozmozhnosti skringinga khronicheskikh neinfektsionnykh zabolovaniy na ambulatornom etape [Possibilities of screening for non-infectious chronic diseases at ambulatory stag]. *Medsitsinskiy alfavit – Medical alphabet*, 2016, Vol. 2, No. 16, pp. 40-45.
5. Ameh O. I., Ekrikpo U. E., Kengne A. P. Preventing CKD in Low- and Middle-Income Countries: A Call for Urgent Action. *Kidney International Reports*, 2019, Vol. 5, No. 3, pp. 255-262. doi: 10.1016/j.ekir.2019.12.013.
6. Dagenais G. R. et al. Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*, 2019, Sep 3. pii: S0140-6736(19)32007-0. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32007-0
7. Girum T. et al. The Burden of Noncommunicable Diseases in Ethiopia, 2000-2016: Analysis of Evidence from Global Burden of Disease Study 2016 and Global Health Estimates 2016. *Journal of Chronic Diseases*, 2020, pp. 3679528. doi: 10.1155/2020/3679528.
8. Khorrami Z. et al. The patterns of Non-communicable disease Multimorbidity in Iran: A Multilevel Analysis. *Scientific Reports*, 2020, Vol. 10, No. 1, pp. 3034. doi: 10.1038/s41598-020-59668-y.
9. Yang J. et al. Diabetes mortality burden attributable to short-term effect of PM10 in China. *Environmental Science and Pollution Research*, 2020, Vol. 23. doi: 10.1007/s11356-020-08376-1.

10. Yusuf S. et al. Cardiovascular Risk and Events in 17 Low-, Middle-, and High-Income Countries. *New England Journal of Medicine: Research and Review*, 2014, Vol. 371, pp. 818-827.

Сведения об авторах:

Абдуллоев Саидходжа Муртазович – соискатель кафедры эпидемиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Гулбекова Замира Акимбековна – соискатель кафедры эпидемиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Махмудов Хайём Рузибоевич – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Контактная информация:

Абдуллоев Саидходжа Муртазович – e-mail: saidxoja@gmail.com

© Коллектив авторов, 2020

УДК 616. 36-002. 3-073.7-089

*Абдуллоев Ф.М., Фарзонаи Иброхим, Назаров Ш.К.,
Рахимова С.У., Давлатов Х.Х., Саидов С.*

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ И КОМПЬЮТЕРНОЕ ТОМОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ И ПРОВЕДЕНИЕ МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

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

*Abdulloev F.M., Farzonai Ibrohim, Nazarov Sh.Q.,
Rahimova S.U. Davlatov Kh. Kh, Saidov S.*

ULTRASOUND AND COMPUTER TOMOGRAPHIC RESEARCH IN DIAGNOSTICS OF LIVER ABSCESS AND CONDUCTING MINI-INVASIVE MEDICAL TREATMENTS

Department of Surgical Diseases №1 State Educational Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

Цель исследования. Улучшить непосредственные результаты диагностики и хирургического лечения абсцесса печени с использованием мини-инвазивных технологий.

Материал и методы. Исследованы 24 больных с абсцессом печени в возрасте от 23 до 82 лет: 11 (45,8%) женщин, 13 (54,2%) мужчин.

Всем пациентам выполнена чрезкожная пункция абсцесса с дренированием его полости. Особое значение придавали мини-инвазивным методам диагностики и лечения.

Результаты. Информативность ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике абсцесса печени составляет 87–96%, компьютерной томографии (КТ) – 90–97%. У 4 больных после выполнения чрезкожной пункции и дренирования на 14–15-е сутки были выполнены различные радикальные операции. Во всех случаях достигнут желаемый лечебный эффект – улучшение клинического состояния, снижение температуры тела до нормальных величин, появление аппетита, улучшение лабораторных показателей. При УЗИ наблюдались уменьшение или исчезновение полости абсцесса.

Заключение. При наличии абсцесса печени и стертой клинической картине заболевания всем больным необходимо проводить УЗИ или КТ. После установки диагноза в зависимости от причины возникновения абсцесса, локализации и наличия осложнений рекомендуется проведение мини-инвазивного хирургического лечения.

Ключевые слова: абсцесс печени, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, мини-инвазивная технология

Aim. To improve the immediate results of the diagnosis and surgical treatment of liver abscess using mini-invasive technologies.

Materials and methods. 24 patients with a liver abscess aged 23 to 82 years were studied: 11 (45,8%) women, 13 (54,2%) men. All patients underwent percutaneous abscess puncture with drainage of its cavity. Particular importance was given to minimally invasive diagnostic and treatment methods.

Results. The information content of ultrasound (ultrasound) in the diagnosis of liver abscess is 87-96%, computed tomography (CT) - 90-97%. In 4 patients, after performing a percutaneous puncture and drainage on the 14-15th day, various radical operations were performed. In all cases, the desired therapeutic effect was achieved - improving the clinical condition, lowering body temperature to normal values, the appearance of appetite, improving laboratory parameters. With ultrasound, a decrease or disappearance of the abscess cavity was observed.

Conclusion. In the presence of a liver abscess and an erased clinical picture of the disease, all patients should undergo ultrasound or CT. After diagnosis, depending on the cause of the abscess, localization and the presence of complications, minimally invasive surgical treatment is recommended.

Key words: liver abscesses, ultrasound, computed tomography, minimally invasive technology

Актуальность

Абсцессы печени представляют одну из сложных проблем хирургии печени и желчных путей. Частота этой патологии в гнойной хирургии составляет от 0,006% до 0,022% [1, 7, 8]. На сегодняшний день отмечается значительное увеличение числа миниинвазивных и традиционных хирургических вмешательств на печени и желчевыводящих протоках, а также использование транспеченочных дренажей, что привело к росту числа холангиогенных абсцессов печени [1, 2, 7, 8].

Диагностика абсцесса печени – несложная задача в современной медицине. Чувствительность ультразвукового исследования (УЗИ) для его диагностики составляет 87–96%, а КТ – 90–97% [4, 5, 6]. На сегодняшний день наиболее распространенным методом лечения является чрезкожная пункция и дренирование полости абсцесса [5, 6, 8]. Несмотря на современные методы диагностики и лечения абсцесса печени, летальность составляет от 11% до 36% [3, 8].

Материал и методы исследования

Исследование проводилось среди 24 больных с абсцессом печени. В 8 (33,4%) случаях у пациентов имелся холангит, который в дальнейшем явился причиной развития холангиогенного абсцесса печени, у 4 (16,7%) больных отмечалась закрытая травма живота с образованием посттравматического абсцесса печени; абсцессы после эхинококэктомии из печени (остаточная полость) были в 4 (16,7%) случаях, у 2 (8,3%) пациентов этиологическим фактором явился распад альвеококковой кисты, еще у 2 (8,3%) пациентов – злокачественные образования: у одного больного образование локализовалось в области нижней полой вены, еще у одного отмечалось наличие злокачественного поражения печени с признаками распада образования. У 2 (8,3%) пациентов развились осложнения, обусловленные тромбозом портальной вены, еще у двоих (8,3%) этиологический фактор не был выявлен. У данных пациентов сопутствующей патологией являлся сахарный диабет, в анамнезе травмы живота отсутствовали.

Возраст наблюдаемых пациентов варьировал в пределах 23–82 лет, составляя в среднем $50,1 \pm 2,3$ лет. Женщин было 11 (45,8%) человек, мужчин – 13 (54,2%).

Во всех случаях больным проводилось УЗИ исследование с помощью аппарата «SIEMENS» производства Acuson – CV 70 (ФРГ), мультисекторным конвексным датчиком 3,5 МГц, с использованием триплексного сканирования. Перед пунктиро-

ванием пациентам выполнялась анестезия путем внутримышечного введения 50% р-ра анальгина в дозе 2,0 мл и 1% р-ра димедрол в дозе 1,0 либо с использованием 1% р-ра промедола в дозе 1,0 мл и дальнейшим местным введением 0,5% р-ра новокаина в дозе 20 мл и 2% р-ра лидокаина в дозе 4 мл. Длина кожного разреза зависела от размера дренажной трубки (0,5–0,8 см). Непосредственно в полость абсцесса вводили пункционную иглу, по которой проводился специальный прорывник. Используемые нами дренажные трубки были производства «СООК» размерами 14–16 Fr (French). В ряде случаев, у пациентов с холангиогенными абсцессами небольшого диаметра (1–2 см) пунктирование полости абсцесса производилось одномоментно. Затем выполнялось аспирирование содержимого абсцесса. Полость последнего обрабатывали антисептическими средствами с ежедневным проведением УЗИ. Контролировали проводимое лечение путем изучения диаметра остаточной полости. Дренажную трубку извлекли при очередном УЗИ исследовании. Кроме того, больные получали дезинтоксикационную и антибактериальную терапию.

Пациенты с абсцессами печени были госпитализированы в Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи. Среди них 2 пациента поступили в удовлетворительном состоянии, у 2-х была легкая степень заболевания, у 20 пациентов – состояние средней тяжести и тяжелое. У 4 больных холангиогенный абсцесс развился после лапароскопической холецистэктомии, у одного причиной явилось ятрогенное повреждение правого печеночного протока. В 2-х случаях абсцесс развился после лапаротомии, холецистэктомии и дренирования холедоха и у одного пациента – после транссторакальной гастрэктомии. Причиной посттравматического абсцесса печени в 3 случаях являлась тупая абдоминальная травма и в одном случае – падение с высоты. Период диагностирования абсцесса печени составлял от 12 до 60 суток. У всех больных отмечалась стертая клиническая картина. Характерными симптомами были повышение температуры от субфебрильной до гектической с развитием лихорадки, слабость, отсутствие аппетита. Болевой синдром в правом подреберье наблюдался у 16 больных. У всех пациентов отмечался выраженный лейкоцитоз и анемия.

Результаты и их обсуждение

При УЗИ абсцесса печени определялись неправильной формы образования с нечетки-

ми границами и контурами, ан- или гипоэхогенные, неоднородные эхоструктуры за счет наличия в просвете гиперэхогенных, изогиперэхогенных или гиперэхогенных полиморфных включений – тканевого детрита, распада печеночной ткани, сгустков крови. При УЗИ размеры очагов поражения печени у больных варьировали в пределах 2-18 см (рис. 1, 2).

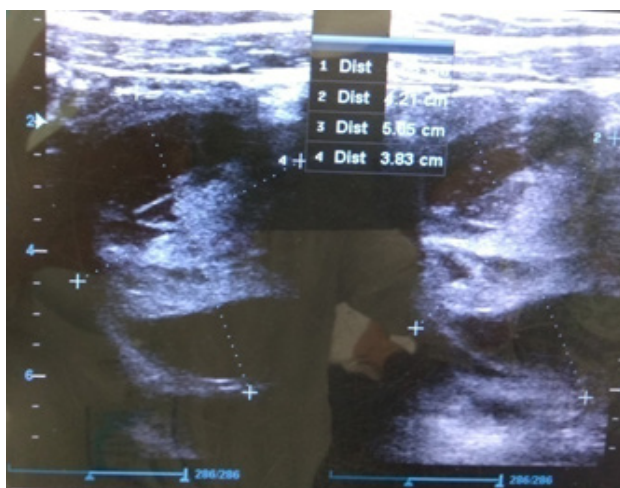


Рис. 1. УЗИ абсцесса левой доли печени в В-режиме

Солитарные абсцессы обнаружены у 15 (62,5%), множественные – у 5 (20,8%), милиарные – у 4 (16,6%) больных. У 14 (58,3%) пациентов очаги поражения были локализованы в правой доле печени, у 4 (16,7%) – в левой доле, ещё у 6 (25%) были поражены обе доли органа.



Рис. 2. УЗИ левой доли печени в В-режиме

КТ-исследование было проведено в 4-х случаях. При этом обнаружены следующие изменения: наличие жидкостного образования с нечеткими контурами, границы образования с нечеткими контурами, границы образования размытые, наблюдается перифокальный отёк (рис. 3).



Рис. 3. КТ исследование печени

Установку дренажа производили под непрерывным ультразвуковым контролем. Выбор траектории пункционного канала осуществлялся на основании результатов УЗИ с определением фиксирующей точки на коже. Стремилось найти доступ, при котором дренаж до проведения в полость абсцесса печени проходил не менее 3-4 см здоровой ткани печени для профилактики подтекания содержимого абсцесса в брюшную полость и последующего развития гнойного перитонита. В зависимости от локализации абсцесса у 10 пациентов дренирование выполнено через трансабдоминальный, у 6 больных – через боковой, у 8 – через межреберный доступы. При проведении через ткани дренаж эхографически определялся как гиперэхогенная структура внутри полости абсцесса (рис. 4). При лечении во всех случаях отмечалось улучшение общего состояния пациента, нормализация температуры тела, улучшение аппетита, нормализация показателей лабораторного исследования крови. При УЗ исследовании печени установлено уменьшение размеров полости абсцесса вплоть до его полного исчезновения. Дренажные трубки удалялись на 14-25 сутки.



Рис. 4. Ультразвуковое изображение дренажной трубки в полости абсцесса

Болевой синдром купировали с помощью обезболивающих средств. Осложнений в виде кровотечения, желчеистечения и перитонита не наблюдалось. У 2 больных на 14-15-е сутки после пунктирования полости абсцесса, вызванного альвеококкозом, произведена правосторонняя гемигепатэктомия. В одном случае по причине ятрогенного повреждения правого печеночного протока пациенту произведена правосторонняя гемигепатэктомия. Летальный исход наблюдался у 4 (16,6%) больных. Из них у 2-х больных проводилась обширная правосторонняя гемигепатэктомия, у одного пациента выявлен тромбоз портальной вены с дальнейшим развитием септического состояния и полиорганной недостаточности, ещё у одного пациента имелось злокачественное поражение печени с явлениями распада и метастатическими участками в абдоминальной полости.

Заключение

При наличии абсцесса печени и отсутствии ярко выраженной клиники рекомендуется выполнение УЗ или КТ исследований, а после подтверждения диагноза, в зависимости от этиологического фактора необходимо проводить миниинвазивное хирургическое лечение. Хороший лечебный эффект и отсутствие значимых осложнений позволяют рекомендовать чрескожное эхо-контролируемое дренирование как метод выбора в лечении абсцесса печени. Достижению лечебного эффекта и избежанию значимых осложнений способствует непрерывный ультразвуковой контроль на всех этапах выполнения вмешательства: выбор безопасной траектории доступа, установка дренажа, контроль аспирации содержимого и промывание антисептическими средствами.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Батвинков Н.И., Могилевец Э.В., Визгалов С.А., Камарец А.М., Божко Г.Г. Диагностика и хирургическое лечение очаговых заболеваний печени доброкачественного генеза // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2016. №2. С. 115-120.
2. Бойко В.В., Тищенко А.М., Малоштан А.В., Малоштан А.А., Скорый Д.И. Лечение солитарных абсцессов печени: Дренирование или резекция? // Украинский журнал хирургии. 2015. №1. С. 10-15.
3. Вилсон Дж.И. Ультразвуковое исследование в диагностике посттравматических абсцессов печени и

контроле мини-инвазивных лечебных вмешательств // Травма. 2016. Т. 17, №1. С. 51-57.

4. Дзидзава И.И., Котив Б.Н., Аполлонов А.А. Минимально инвазивные хирургические технологии в лечении холангиогенных абсцессов печени // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2017. Вып. 69. С. 22-27.

5. Зубов А.Д., Вилсон Дж.И. Посттравматические абсцессы печени: ультразвуковая диагностика и мини-инвазивное эхо-контролируемое лечение // Травма. 2014. Т. 15, №3. С. 31-37.

6. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Цхай В.Ф. Сравнительный анализ описторхозных и непаразитарных абсцессов печени // Анналы хирургической гепатологии. 2015. Т. 20, №1. С.66-75

7. Мурунова Ю.Н., Дарвин В.В. Роль малоинвазивных технологий в хирургическом лечении непаразитарных абсцессов печени // Кубанский научно-медицинский вестник. 2017. Т. 24. №3. С. 66-70.

8. Унгурян В.М. Хирургическая тактика лечения холангиогенного абсцесса печени у больного с обратным цитобилиарным протоком // Хирургия. 2014. Т. 15. С. 299-307.

REFERENCES

1. Batvinkov N. I., Mogilevets E. V., Vizgalov S.A., Kamarets A. M., Bozhko G. G. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie ochagovykh zabolevaniy pecheni dobrokachestvennogo geneza [Diagnosis and surgical treatment of benign focal lesions]. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Journal of the Grodno state medical University*, 2016, No. 2, pp. 115-120.
2. Boyko V. V., Tishchenko A. M., Maloshtan A. V., Maloshtan A. A., Skoryy D. I. Lechenie solitarnykh abscessov pecheni: Drenirovanie ili rezektsiya? [Treatment of single liver abscesses: drainage or resection?]. *Ukrainskiy zhurnal khirurgii – Ukrainian journal of surgery*, 2015, No. 1, pp. 10-15.
3. Wilson Dzh. I. Ultrazvukovoe issledovanie v diagnostike posttravmaticheskikh abscessov pecheni i kontrole mini-ivazivnykh lechebnykh vmeshatelstv [Ultrasonography in the diagnosis of posttraumatic liver abscesses and control of minimally invasive therapeutic interventions]. *Trauma – Trauma*, 2016, Vol. 17, No. 1, pp. 51-57.
4. Dzidzava I. I., Kotiv B. N., Apollonov A. A. Minimalno invazivnye khirurgicheskie tekhnologii v lechenii kholangiogennykh abscessov pecheni [Minimallyinvasive surgical techniques in the treatment of cholangiogenic liver abscesses]. *Zdorove. Meditsinskaya ekologiya. Nauka – Health. Medical ecology. Science*, 2017, Issue 69, pp. 22-27.
5. Zubov A. D., Vilson Dzh. I. Posttravmaticheskie abscessy pecheni: ultrazvukovaya diagnostika i mini-ivazivno ekho-kontroliruemoe lechenie [Posttraumatic liver abscesses: ultrasound diagnosis and minimally invasive ultrasound-guided treatment]. *Trauma – Trauma*, 2014, Vol. 15, No. 3, pp. 31-37.
6. Merzlikin N. V., Brazhnikova N. A., Tskhay V. F. Sravnitelnyy analiz opistorkhoznykh i neparazitarnykh

abstsessov pecheni [Comparative Analysis of Opisthorchosis and Non-parasitic Liver Abscesses]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of surgical hepatology*, 2015, Vol. 20, No. 1, pp. 66-75

7. Murunova Yu. N., Darvin V. V. Rol maloinvazivnykh tekhnologiy v khirurgicheskom lechenii neparazitarnykh abstsessov pecheni [The role of minimally invasive technologies in the surgical treatment of nonparasitic liver cysts]. *Kubanskiy nauchno-meditsinskiy vestnik – Kuban Scientific Medical Bulletin*, 2017, Vol. 24, No. 3, pp. 66-70.

8. Unguryan V. M. Khirurgicheskaya taktika lecheniya kholangiogennoho abstsessa pecheni u bolnogo s aberatnym tsitobiliarnym protokom [Staged surgical treatment liver abscess in a patient with an additional biliary duct]. *Khirurgiya – Surgery*, 2014, Vol. 15, pp. 299-307.

Сведения об авторах:

Абдуллоев Фирдавс Мирумарович – ассистент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Фарзонаи Иброхим – докторант кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Назаров Шохин Кувватович – зав. кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор

Рахимова Саодат Усмоновна – врач-хирург, ассистент кафедры ИПОвСЗ РТ

Давлатов Хайрулло Хабибуллоевич – врач-хирург, ординатор хирургического отделения №1ГУ ЦСМП

Саидов Саидахмад – врач-хирург Центральной больницы района Хамадони

Контактная информация:

Фарзонаи Иброхим – тел.: +992 550-55-55-99; e-mail: naipona1991@mail.ru

Асилзода М.М., Камилова М.Я., Акобировна С.А.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ ИЛИ ДЕФИЦИТА МАССЫ ТЕЛА

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Asilzoda M.M., Kamilova M.Y., Akobirova S.A.

PECULIARITIES OF THE HORMONAL FUNCTION OF THE PLACENTA IN PREGNANT WOMEN ON BACKGROUND OF OBESITY OR BODY WEIGHT DEFICIENCY

State Establishment «Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» MHSPP RT

Цель исследования. Изучить особенности гормональной функции плаценты у беременных на фоне ожирения или дефицита массы тела.

Материал и методы. В обследование включены 86 женщин в третьем триместре беременности. Среди них нормальную массу тела имели 30 (1-я группа), избыточную массу тела – 30 (2-я группа), дефицит массы тела – 26 (3-я группа).

Всем пациенткам определяли индекс массы тела (ИМТ), содержание гормонов в сыворотке крови иммуноферментным методом.

Результаты. При дефиците массы тела у беременных женщин снижается уровень эстриола, прямо коррелирующий с плацентарной недостаточностью и частотой синдрома задержки развития плода, у беременных с ожирением снижается уровень эстрадиола, что вызвано избытком жировой ткани.

Ключевые слова: беременность, индекс массы тела, эстриол, эстрадиол, плацентарный лактоген, плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода

Aim. To study the features of the hormonal function of the placenta in pregnant women against the background of obesity or weight loss.

Materials and methods. The survey included 86 women in the third trimester of pregnancy. Among them, normal body weight was 30 (group 1), overweight was 30 (group 2), and body mass deficiency was 26 (group 3). All patients were determined by body mass index (BMI), the content of hormones in the blood serum by enzyme immunoassay.

Results. With a body mass deficit in pregnant women, the level of estriol decreases, which directly correlates with placental insufficiency and the frequency of the fetal growth retardation syndrome; in pregnant women with obesity, the level of estradiol is reduced, which is caused by an excess of adipose tissue.

Key words: pregnancy, index mass body, placental insufficiency, fetal growth retardation, estriol, estradiol, placental lactogen

Актуальность

Плацентарная недостаточность повышает риск перинатальной смертности и является проблемой современного акушерства и неонатологии. Плацента в организме беременной женщины выполняет ряд функций, одной из которых является гормональная. Вырабатываемые плацентой гормоны обе-

спечивают жизненно важные функции плода. В плаценте синтезируются два белковых гормона – хорионический гонадотропин и плацентарный лактоген. Плацентарный лактогенный гормон обладает лактогенной, ростовой и лютеотропной активностью. При физиологической беременности концентрация плацентарного гормона в материнской

крови обнаруживается с 5 недель беременности и постепенно растет с ростом беременности. Определение уровней плацентарного лактогена характеризует функциональное состояние плаценты [1, 6].

Наряду с белковыми гормонами плацента принимает участие в синтезе стероидных гормонов – прогестерона, эстриола и эстрадиола. Физиологическая роль эстрогенов во время беременности состоит в подготовке к сократительной активности миометрия в родах, молочных желез к лактации и в изменении метаболизма матери. Содержание эстрогенов с прогрессированием беременности прогрессивно увеличивается. Количество эстрогенов определяется состоянием трофобласта и состоянием надпочечников плода [3, 5, 7].

В последние годы отмечен рост числа беременных женщин с избыточной массой тела. Ожирение сопровождается нарушениями метаболизма, которые могут влиять на функцию яичников еще до наступления беременности, что создает неблагоприятные условия для имплантации и развития плаценты ввиду неполноценности эндометрия. В работах многих исследователей показано отрицательное влияние дефицита массы тела беременной женщины на течение беременности, родов и внутриутробное развитие плода. Как ожирение, так и дефицит массы тела идентифицированы как факторы риска

развития синдрома задержки развития плода [2, 4, 7, 9].

Плацентарная недостаточность во время беременности может быть диагностирована при определении уровней гормонов плаценты, гемодинамических показателей сосудов матки, плаценты и плода, а также уровней маркеров апоптоза и ангиогенеза [3, 4].

Механизмы развития плацентарной недостаточности могут отличаться в зависимости от сопутствующих ожирения или дефицита массы тела. По-видимому, имеют место и определенные особенности гормональной функции плаценты. Изучение особенностей развития плацентарной недостаточности при воздействии различных факторов риска позволит проводить своевременную профилактику и лечение данной патологии, что будет улучшать перинатальные исходы у женщин с ожирением и дефицитом массы тела [8].

Цель исследования

Изучить особенности гормональной функции плаценты у беременных с ожирением и дефицитом массы тела.

Материал и методы исследований

В обследование включены 86 женщин в третьем триместре беременности. Среди них нормальную массу тела имели 30 (1-я группа), избыточную массу тела - 30 (2-я группа), дефицит массы тела - 26 (3-я группа) женщин. Критерии включения и исключения в исследование представлены в таблице 1.

Таблица 1

Критерии включения и исключения в обследованные группы женщин

	<i>1-я группа (n=30)</i>	<i>2-я группа (n=30)</i>	<i>3-я группа (n=26)</i>
<i>Критерии включения</i>	Репродуктивный возраст, беременность, 3-й триместр, нормальный ИМТ	Репродуктивный возраст, беременность, 3-й триместр, ИМТ более 25 кг/м ²	Репродуктивный возраст, беременность, 3-й триместр, ИМТ менее 18 кг/м ²
<i>Критерии исключения</i>	Соматические заболевания, оказывающие влияние на формирование плаценты		

Всем женщинам определяли индекс массы тела (ИМТ). При подсчете ИМТ принимали во внимание данные роста и массы тела, определенные при первой явке в центры репродуктивного здоровья в первом триместре беременности. Согласно классификации ВОЗ, при ИМТ, превышающем 25 кг/м², массу тела считали избыточной, при 30 кг/м² и более – ожирение. Диагноз «дефицит массы тела» устанавливали при индексе массы тела меньше 18 кг/м². ИМТ от 25 до 30 кг/м² имели 19 женщин, ИМТ более 30 кг/м² – 9 женщин.

У всех женщин с дефицитом массы тела ИМТ был в пределах 16-18 кг/м².

Содержание гормонов в сыворотке крови определяли в третьем триместре беременности. Уровень гормонов (плацентарный лактоген (ПЛГ), эстриол и эстрадиол) определяли иммуноферментным методом с использованием тест-системы, основанной на принципе конкурентного иммуноферментного анализа с использованием аппарата «Униплан». Забор крови производили утром натощак в количестве 5,0 мл в специальные пробир-

ки, для получения сыворотки производили центрифугирование, полученную сыворотку замораживали при температуре -20 °С.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением программы статистического анализа Microsoft Excel. Определяли среднее арифметическое (M), ошибку среднего арифметического (m). Достоверность различий между группами устанавливалась по t-критерию Стьюдента. Сравнение качественных характеристик проводили, используя χ^2 с поправкой Йейтса.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст женщин 1-й группы составил 28,8±2,4 года, 2-й группы – 34,1±1,7

года, 3-й группы – 25,2±2,1 года. Среди обследованных женщин первородящих в 1-й группе было 10 (33,3%), во 2-й группе – 14 (46,7%), в 3-й группе – 13 (50,0%). Повторно-родящие женщины также в обследованных группах встречались примерно с одинаковой частотой – 20 (66,7%) в 1-й группе, 13 (43,3%) – во 2-й группе, 13 (50,0%) – в 3-й группе. Многорожавших женщин в 1-й и 3-й группах не было, во 2-й группе – 3 (10,0%) женщины в анамнезе имели 4 родов и более.

Частота осложнений настоящей беременности у обследованных женщин представлена в таблице 2.

Таблица 2

Частота осложнений настоящей беременности в группах обследованных женщин

Осложнения	1-я группа (n=30)	2-я группа (n=30)	3-я группа (n=26)	χ^2 с поправкой Йейтса	P
Угроза прерывания беременности	3	10 (33,3%)	15 (57,7%)	4,398	>0,05
Преэклампсия	0	5 (16,7%)	2 (7,7%)	0,289	>0,05
Многоводие	0	3 (10,0%)	4 (15,4%)	0,079	>0,05
Маловодие	0	2 (6,7%)	5 (19,2%)	1,206	>0,05
Нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод»	1	9 (30,0%)	12 (46,2%)	0,246	>0,05
СЗРП	0	3 (10,0%)	8 (30,8%)	0,083	<0,05

Примечание: * – $p < 0,05$ – статистически значимое различие средних уровней гормонов по сравнению с контрольной группой

Как видно из представленных в таблице данных, у женщин с дефицитом массы тела беременность чаще осложнялась угрозой прерывания, а преэклампсией реже, чем у женщин с избыточной массой тела, однако статистически значимых различий в частоте данных осложнений выявлено не было. Отмечена тенденция повышения частоты

нарушений маточно-плодово-плацентарного кровотока у женщин с дефицитом массы тела и статистически значимое увеличение частоты СЗРП, по сравнению с соответствующими показателями у женщин с ожирением.

Среднее содержание гормонов в сыворотке крови обследованных женщин представлено в таблице 3.

Таблица 3

Среднее содержание гормонов в сыворотке крови обследованных женщин в 33-36 недель беременности

	Эстриол (нг/мл)	Эстрадиол (нмоль/л)	Плацентарный лактоген (нмоль/л)
1 группа (n=30)	9,6±1,2	57,6±4,9	254,9±12,9
2 группа (n=30)	7,2±0,9	42,5±3,6*	231,7±35,8
3 группа (n=26)	6,5±0,8*	53,2±7,8	196,5± 34,9

Примечание: * – $p < 0,05$ – статистически значимое различие средних уровней гормонов по сравнению с контрольной группой

Как видно из приведенных в таблице данных, среднее содержание эстриола в сыворотке крови беременных с ожирением имело тенденцию к снижению, по сравнению с соответствующим показателем в контрольной группе. Средний уровень эстриола у женщин с дефицитом массы тела статистически значимо снижался, по сравнению с соответствующим показателем у здоровых беременных. В синтезе эстриола принимает участие плод, поэтому данный гормон является показателем состояния не только плаценты, но и плода. В группе женщин выявлено статистически значимое увеличение частоты СЗРП, по сравнению с группой женщин с ожирением, что и объясняет различия средних уровней эстриола в группах обследованных женщин.

Средний уровень ПЛГ в сыворотке крови имел статистически значимые различия в группах обследованных женщин. Однако прослеживается тенденция снижения данного показателя у женщин с дефицитом массы тела и у женщин с ожирением, по сравнению с соответствующим показателем у женщин контрольной группы. При сравнении уровней ПЛГ у женщин с дефицитом массы тела и СЗРП, по сравнению с уровнями данного гормона женщин контрольной группы, выявлено статистически значимое различие ($p < 0,05$): U-критерий Манна-Уитни равен 0, критическое значение U-критерия Манна-Уитни при заданной численности сравниваемых групп составляет 13.

Найденное снижение уровня эстрадиола в группе женщин с ожирением не связано с сопутствующей преэклампсией, так как у женщин с дефицитом массы тела частота преэклампсии статистически значимо не отличается от соответствующего показателя в группе женщин с ожирением. На уровень этого гормона, по-видимому, оказывает влияние ожирение. Изменение утилизации этого гормона на периферии имеет место при избыточной массе тела, как результат интенсивного связывания эстрадиола рецепторами, имеющимися в жировых клетках.

Заключение

При ожирении способствующими факторами развития плацентарной недостаточности могут быть несостоятельный эндометрий из-за метаболических нарушений и эндокринопатий, а также таких осложнений беременности, как преэклампсия. При дефиците массы тела у беременных женщин имеют место неблагоприятные условия пренатального развития плода за счет развития плацен-

тарной недостаточности более выраженных степеней тяжести, чем при ожирении.

Дефицит массы тела оказывает неблагоприятное влияние на эндометрий и ранние процессы формирования плаценты, процессы апоптоза и ангиогенеза, что в последующем способствует развитию первичной плацентарной недостаточности субкомпенсированной, декомпенсированной форм и развитию СЗРП.

Среди женщин с дефицитом массы тела более тяжелые степени нарушений кровотока встречались чаще, чем среди женщин с ожирением. Эти данные объясняют статистически значимые различия в показателе частоты СЗРП у беременных женщин с дефицитом массы тела, по сравнению с соответствующим показателем у женщин с ожирением.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 8, 9 в REFERENCES)

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1200 с.
2. Буйлашев Т.С., Самигуллина А.Э., Жумашева Э.М. Роль факторов «риска» рождения детей с низкой массой тела // Вестник КРСУ. 2015. Т. 15, № 7. С. 34-36.
3. Маркина Л.Д., Стрельцова В.Л. и соавт. Уровень эстриола во время беременности с учетом адаптационного потенциала женщины // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20752> (дата обращения: 11.09.2019).
4. Милованов А.П., Кирющенко П.А., Шмаков Р.Г. Плацента - регулят гемостаза матери // Акушерство и гинекология. 2013. № 3. С. 3-5.
5. Радзинский В.Е., Фукс А.М. Акушерство: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. С. 841-845.
6. Савельева Г.М., Шалина Р.И. и соавт. Акушерство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 320-327.
7. Фуралева К.Н., Степанова О.И., Овчинникова О.М. Пролиферативная и миграционная активность клеток трофобласта при преэклампсии // Акушерство и гинекология. 2015. №5. С. 49-55.

REFERENCES

1. Aylamazyan E. K., Kulakov V. I., Radzinskiy V. E. *Akusherstvo. Natsionalnoe rukovodstvo* [Obstetrics. National leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014. 1200 p.
2. Buylashev T. S., Samigullina A. E., Zhumasheva E. M. Rol faktorov «risika» rozhdeniya detey s nizkoy massoy tela [It is presented data on the impact of the major risk factors for low birth weight]. *Vestnik KRSU – Herald of The*

Kyrgyz-Russian Slavic university, 2015, Vol. 15, No. 7, pp. 34-36.

3. Markina L. D., Streltsova V. L. Uroven estriola vo vremya beremennosti s uchetom adaptatsionnogo potentsiala zhenshchiny [Estriol level during pregnancy taking into account the adaptive potential of the woman]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya – Modern problems of science and education*, 2015, No. 4.

4. Milovanov A. P., Kiryushchenkov P. A., Shmakov R. G. Platsenta - regulyat gemostaza materi [The placenta is a regulator of hemostasis mother]. *Akusherstvo i ginekologiya - Obstetrics and gynecology*, 2013, No. 3, pp. 3-5.

5. Radzinskiy V. E., Fuks A. M. *Akusherstvo: uchebnik* [Obstetrics: textbook]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2017. 841-845 p.

6. Saveleva G. M., Shalina R. I. *Akusherstvo* [Obstetrics]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015. 320-327 p.

7. Furaeva K. N., Stepanova O. I., Ovchinnikova O. M. Proliferativnaya i migratsionnaya aktivnost kletok trofoblasta pri preeklampsii [Proliferative and migration activity of trophoblast cells in preeclampsia]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2015, No. 5, pp. 49-55.

8. Best practice in maternal-fetal medicine. FIGO working on best practice in maternal-fetal medicine. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2015, Vol. 128, pp. 80-82.

9. Popkin S, Slining M. M. New dynamics in global obesity facing low- and middle-income countries. *Obesity Reviews*, 2013, Vol. 14, No. 2, pp.11-20.

Сведения об авторе:

Асилзода Махастии Мирзогайбулло – врач акушер-гинеколог ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ»

Камилова Мархабо Ядгаровна – руководитель акушерского отдела ТНИИ АГиП МЗиСЗН, д.м.н., доцент

Акобировна Сановбар Ашуровна – главный врач Городского родильного дома №1, к.м.н.

Контактная информация:

Камилова Мархабо Ядгаровна – e-mail: marhabo1958@mail.ru

¹Ганиева М.Т., ¹Мадаминова Т.В., ¹Исокова М.Дж., ²Иллариошкин С.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино
²ФГБНУ «Научный центр неврологии», Россия

¹Ganieva M.T., ¹Madaminova T.V., ¹Isokova M.J., ²Illarioshkin S.N.

EPIDEMIOLOGIC CHARACTERISTICS OF THE HEREDITARY DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM IN THE SOGD REGION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹Department of neurology and bases of medical genetics of State Educational Establishment “Tajik State Medical University named after Abuali-ibn-Sino”
²FSBSI «Research Center of Neurology»

Цель исследования. Оценить распространённость и клинический полиморфизм наследственных заболеваний нервной системы (НЗНС) в Согдийской области Республики Таджикистан.

Материал и методы. Организованы экспедиционные поездки в Согдийскую область Таджикистана в города Худжанд (численность населения 172,7 тыс.) и Канибадам (численность населения 49,7 тыс.). Всего было обследовано 372 человека, включая членов семей больных, в возрасте от 3 до 65 лет.

Результаты. Было выявлено 115 больных с различными фенотипическими вариантами наследственных заболеваний нервной системы. Суммарная распространённость НЗНС в городах Худжанд и Канибадам составила 51,7 на 100 000 населения. Наиболее распространённой формой в Худжанде и Канибадаме является конечностно-поясная мышечная дистрофия (13,9 и 16,1 на 100 000 населения соответственно).

Заключение. Учитывая значительное распространение НЗНС, с целью профилактики увеличения их роста необходимо развивать медико-генетическое консультирование и более комплексно обследовать больных и членов их семей с использованием современных методов диагностики данных заболеваний, включая ДНК-диагностику, а при нервно-мышечных заболеваниях – биопсию мышц.

Ключевые слова: наследственные заболевания нервной системы, распространённость, Согдийская область Республики Таджикистан

Aim. To assess the prevalence and clinical polymorphism of hereditary diseases of the nervous system in the Sughd region of the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. Expedition trips to the Sogd region of Tajikistan were organized to the cities of Khujand (population 172,7 thousand) and Kanibadam (population 49,7 thousand). Totally 372 people were examined, including family members of patients aged 3 to 65 years.

Results. 115 patients with various phenotypic variants of hereditary diseases of the nervous system were identified. The total prevalence of HDNS in the cities of Khujand and Kanibadam amounted to 51,7 per 100,000 population. The most common form in Khujand and Kanibadam is LGMD (13,9 and 16,1 per 100,000 population, respectively).

Conclusion. Given the significant spread of HDNS in order to prevent an increase in their growth, it is necessary to develop genetic counseling and more comprehensively examine patients and their families using modern methods of diagnosing these diseases, including DNA diagnostics, and for neuromuscular diseases, muscle biopsy.

Key words: hereditary diseases of the nervous system, prevalence, Sughd region of the Republic of Tajikistan

Актуальность

Прогресс в развитии медицины и общества приводит к относительному возрастанию доли генетически обусловленной патологии в заболеваемости, смертности и социальной дизадаптации (инвалидизации). Несмотря на относительную редкость отдельных нозологических форм наследственных болезней, их общая частота в популяции человека достаточно высока. В связи с этим все большее значение приобретают мероприятия, направленные на изучение механизмов распространения, частоты встречаемости и профилактики наследственных заболеваний [3, 4].

Естественно, что организация системы профилактики должна основываться на точном знании распространенности отдельных нозологических форм наследственных заболеваний и учете региональных особенностей генетического и клинического полиморфизма. Этим объясняется возрастающая роль клинико-эпидемиологического исследования наследственной патологии в различных регионах [1, 7].

В распространенности основных групп наследственных заболеваний нервной системы (НЗНС) можно отметить некоторые общие закономерности. Так, наиболее распространенной считается группа нервно-мышечных заболеваний, которые выявляются повсеместно [2, 5]. Значительные колебания показателей распространенности НЗНС обусловлены различиями в частоте встречаемости этой группы и, главным образом, в выявлении наследственных моторно-сенсорных нейропатий. В то время как такие группы, как спастические параличи, наследственные атаксии и экстрапирамидные заболевания встречаются гораздо реже и распространены более равномерно [3, 5, 6].

Генетическая эпидемиология наследственных заболеваний позволяет оценить груз и разнообразие наследственной патологии в популяциях человека и изучить основные закономерности их распространения по различным популяциям и этническим группам [1]. Кроме этого, значения груза наследственных заболеваний в регионе позволяют определить потребность в медико-генетическом консультировании [2].

В Республике Таджикистан за последние годы получена информация о распространенности и клинико-генетическом разнообразии некоторых форм НЗНС. Однако данные по Согдийской области Таджикистана в настоящий момент отсутствуют.

Цель исследования

Оценить распространённость и клинический полиморфизм наследственных за-

болеваний нервной системы в Согдийской области Республики Таджикистан.

Материал и методы исследований

Исследование проводилось на кафедре неврологии и основ медицинской генетики Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино в рамках международного проекта по исследованию наследственных заболеваний нервной системы при участии сотрудников Института неврологии университетского Колледжа Лондона. Организованы экспедиционные поездки в Согдийскую область Таджикистана в города Худжанд (численность населения 172,7 тыс.) и Канибадам (численность населения 49,7 тыс.). Общая численность населения двух городов составляет 222,4 тыс. человек. Сведения о больных были получены из Городских центров здоровья. Все больные и члены их семей были заранее приглашены для проведения осмотра и консультации. Всего было обследовано 372 человека, включая членов семей больных, в возрасте от 3 до 65 лет. Из числа обследованных выявлено 115 больных различными формами НЗНС.

Для оценки груза наследственной неврологической патологии в исследуемом районе проведен подсчет отягощенности по следующей формуле:

$$f = n/N$$

где: n – число выявленных больных, N – численность населения.

Показатели груза НЗНС приведены в пересчете на 10 000 населения для аутосомной патологии для городского и сельского населения, а отягощенность X-сцепленной патологией – на 10 000 мужского населения [6].

Статистическая обработка результатов проводилась на ПК с помощью прикладного пакета «STATISTICA 6.0» (StatSoft, США). Сравнение абсолютных значений проводили с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни (U), а качественные значения – при помощи критерия χ^2 . В том случае, если частота встречаемости признака была менее 5, использовался точный критерий Фишера. Критический уровень значимости тестов определен при $\alpha=0,05$.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного исследования было выявлено 115 больных с различными фенотипическими вариантами наследственных заболеваний нервной системы. Суммарная распространенность НЗНС в городах Худжанд и Канибадам составила 51,7 на 100 000 населения. В сравнении с ранее проведенными исследованиями, этот показатель в 1,5 раза выше, чем в Гиссарском районе (35,7 на 100 000 населения)

РТ, сопоставим с аналогичным исследованием по Колхозабадскому району (ныне район Джалолиддина Балхи) Хатлонской области РТ (59,0 на 100 000) и в 1,5 раза ниже, чем в Куйбышевском (ныне район Абдурахмони Джоми) (75,6 на 100 000) районе республики.

Таблица 1

Распространенность различных форм НЗНС в г. Худжанд

Диагноз	Количество больных	Количество семей	Распространённость на 100 000 нас.
Болезнь Штрюмпеля	18	8	10,4
Мозжечковые атаксии	7	6	4,1
Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна	6	6	3,5
Прогрессирующая мышечная дистрофия Беккера	1	1	0,6
Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффманна	3	3	1,7
Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тута	16	6	9,3
Конечностно-поясная мышечная дистрофия (КПМД)	24	12	13,9
Атипичная форма ПМД	2	2	1,2
Миотонии	4	3	2,3
Наследственная микроцефалия	5	2	2,9
Всего	86	49	49,8

Как видно из таблицы 1, всего в г. Худжанд выявлено 86 больных из 49 семей с 10 различными фенотипическими вариантами НЗНС. При этом наиболее распространенными явились конечностно-поясные прогрессирующие мышечные дистрофии (13,9 на 100 000 населения).

Таблица 2

Распространенность различных форм НЗНС в г. Канибадам

Диагноз	Количество больных	Количество семей	Распространённость на 100 000 нас.
Болезнь Штрюмпеля	4	2	8,0
Мозжечковые атаксии	4	2	8,0
Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна	3	2	6,1
Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффманна	2	2	4,0
Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тута	5	3	10,0
Конечностно-поясная мышечная дистрофия	8	5	16,1
Миотония Томсена	1	1	2,0
Наследственная микроцефалия	2	1	4,0
Всего	29	18	58,3

В таблице 2 приведены данные, полученные по г. Канибадам. Выявлено, что фенотипический полиморфизм представлен 8 различными формами НЗНС. Наиболее распространен-

ной формой также, как и в г. Худжанд, является КПМД (16,1 на 100 000 населения).

При распределении больных (n=115) в зависимости от типа наследования заболе-

вания выявлено, что большая часть НЗНС имела аутосомно-рецессивный тип наследования. Меньше всего больных имели X-сцепленный тип наследования (рис.).

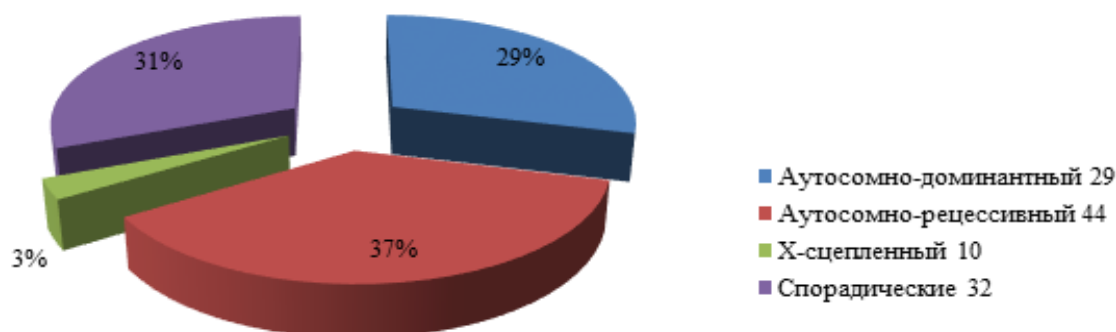


Рис. 1. Распределение больных по типу наследования в гг. Худжанд и Канибадам

Отягощенность заболеваниями с аутосомно-доминантным типом наследования составила 1,31, аутосомно-рецессивными – 1,93, X-сцепленными – 0,45.

В целом, по исследуемым городам отягощенность АР НЗНС в 1,5 раза превышает АД патологию (1,31:1,93).

При сравнении отягощенности НЗНС между населением городов Худжанд и Канибадам было установлено, что груз наследственной патологии здесь приходится

преимущественно на аутосомно-рецессивные заболевания.

При сравнении суммарной отягощенности НЗНС между населением городов Худжанд и Канибадам было установлено, что груз наследственной патологии в городе Канибадам превышает отягощенность наследственной патологией город Худжанд. Однако отягощенность отдельными типами наследования заболеваний сопоставима между городами (табл. 3).

Таблица 3

Сравнение отягощенности НЗНС в городах Худжанд и Канибадам

Город	АР	АД	X-сц. рец. (на 10 000 муж.нас.)	Суммарная
Худжанд	(n=31) 1,88	(n=20) 1,16	(n=7) 0,41	(n=58) 3,36
Канибадам	(n=13) 2,61	(n=9) 1,81	(n=3) 0,60	(n=25) 5,03
<i>p</i>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: *p* – статистическая значимость различия показателей между значениями в городе и селе (по точному критерию Фишера)

Таблица 4

Сравнение среднего числа больных, рожденных в родственных и неродственных браках

Тип брака	Среднее число больных в 1 семье	Общее кол-во больных
Родственный (n=23)	2,2±0,2	44 (38,3%)
Неродственный (n=44)	1,5±0,1	71 (61,7%)
<i>P</i>	<0,05	<0,01*

Примечание: *p* – статистически значимые различия средних чисел больных в 1-й семье между родственными и неродственными браками (по *V*-критерию Манна-Уитни; * – по критерию χ^2)

В данной работе уделялось особое внимание оценке частоты встречаемости кровнородственных браков среди родителей пробандов. По полученным данным, родственный брак зарегистрирован в 23 семьях из 67 обследованных, составляя 34,0% семей. Число больных, рожденных в родственном браке, составило 44 (38,3%). Среднее число больных детей в таких браках составило $2,2 \pm 0,2$, что достоверно выше, чем в семьях, где брак родителей не родственник ($1,5 \pm 0,1$ детей в 1-й семье) (табл. 4). Максимальное число больных в одном поколении (3 человека) также отмечено в семье, где брак кровнородственный.

Заключение

Наследственная патология нервной системы в городах Худжанд и Канибадам Согдийской области РТ представлена многообразием фенотипических форм. Преимущественную долю составляют нервно-мышечные заболевания, в частности конечностно-поясная форма мышечной дистрофии, что сопоставимо с ранее проведенными исследованиями по Республике Таджикистан. Суммарная распространенность заболеваний по исследуемым городам составляет 51,7 на 100 000 населения. С целью профилактики увеличения роста данных заболеваний и снижения их числа необходимо развивать медико-генетическое консультирование и более комплексно обследовать больных и членов их семей с использованием современных методов диагностики данных заболеваний, включая ДНК-диагностику, а при нервно-мышечных заболеваниях – биопсию мышц.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6,7 см. в REFERENCES)

1. Булах М.В. с соав. Саркогликанопатии: клинико-молекулярно-генетическая характеристика, эпидемиология, диагностика и возможности терапии // Генетика. 2018. Т. 54, № 2. С.135-152.
2. Говбах И.А. Популяционно-эпидемиологические аспекты наследственных болезней нервной системы // Медицинские науки. 2015. № 2. С. 54-60.
3. Жученко Л.А., Касимовская Н.А., Якушина И.И. Медико-генетическое консультирование и профилактика врожденной наследственной патологии в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. № 6. С. 38-40.
4. Проскопова Т.Н., Иллариошкин С.Н. Наследственные заболевания нервной системы в Хабаровском крае. Хабаровск: ДВГМУ, 2019. 332 с.
5. Ульянова О.В., Куташов В.А., Брежнева Н.В. К вопросу о клинической картине и диагностике редких

неврологических заболеваний // Саратовский научно-медицинский журнал. 2018. Т. 14, № 1. С. 174-177.

REFERENCES

1. Bulakh M. V. Sarkoglikanopatii: kliniko-molekulyarno-geneticheskaya kharakteristika, epidemiologiya, diagnostika i vozmozhnosti terapii [Sarcoglycanopathies: clinical-molecular-genetic characteristics, epidemiology, diagnostics and treatment options]. *Genetika – Genetics*, 2018, Vol. 54, No. 2, pp. 135-152.
2. Govbakh I. A. Populyatsionno-epidemiologicheskie aspekty nasledstvennykh bolezney nervnoy sistemy [Population-epidemiological aspects of inherited diseases of the nervous system]. *Medichni nauki – Medical sciences*, 2015, No. 2, pp. 54-60.
3. Zhuchenko L. A., Kasimovskaya N. A., Yakushina I. I. Mediko-geneticheskoe konsultirovanie i profilaktika vrozhdennoy nasledstvennoy patologii v Rossiyskoy Federatsii [The medical genetic counseling and prevention of inborn and congenital pathology in the Russian Federation]. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny – Problems of social hygiene, public healthcare and medical history*, 2015, No. 6, pp. 38-40.
4. Proskopova T. N., Illarioshkin S. N. *Nasledstvennye zabolevaniya nervnoy sistemy v Khabarovskom krae* [Hereditary diseases of the nervous system in the Khabarovsk territory]. Khabarovsk, DVGMU Publ., 2019. 332 p.
5. Ulyanova O. V., Kutashov V. A., Brezhneva N. V. K voprosu o klinicheskoy kartine i diagnostike redkikh neurologicheskikh zabolevaniy [On the clinical picture and diagnosis of rare neurological diseases]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal – Saratov Journal of Medical Scientific Research*, 2018, Vol. 14, No. 1, pp. 174-177.
6. Bandschapp O., Iaizzo P. A. Pathophysiological and anesthetic considerations for patients with myotonia congenital or periodic paralyses. *Pediatric Anesthesia*, 2013, Vol. 23, No. 9, pp. 824-833.
7. Huang Y. et al. Genetics of hereditary neurological disorders in children []. *Translational Pediatrics*, 2014, Vol. 3, No. 2. pp. 108-119.

Сведения об авторе:

Ганиева Манижа Темуровна – зав. кафедрой неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Мадаминова Тахмина Ворисовна – ассистент кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Исокова Мухайё Чурабоевна – ассистент кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Иллариошкин Сергей Николаевич – заместитель директора по научной работе ФГБНУ «Научный центр неврологии», член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н.

Контактная информация:

Мадаминова Тахмина Ворисовна – тел.: +992918670496; e-mail: tahmina87@mail.ru

Джабарова Т.С., Касымова М.К., Рахматова Н.А.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОГО УЧЕБНОГО КУРСА «МЕНЕДЖМЕНТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Кафедра общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Dzhabarova T.S., Kasymova M.K., Rakhmatova N.A.

EXPERIENCE IN INTRODUCING AND IMPLEMENTING AN INNOVATIVE TRAINING COURSE "PUBLIC HEALTH MANAGEMENT"

Department of Public Health, Economics, Health Management with a course of medical statistics of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Внедрение и реализация учебного инновационного курса «Менеджер общественного здравоохранения».

Материал и методы. В рамках «Соглашения о сотрудничестве» между Представительством Швейцарского института тропического и общественного здравоохранения в Республике Таджикистан (ШИТОЗ РТ) и Институтом последипломного образования в сфере здравоохранения РТ (ИПОСЗ) от 19.09. 2014 г. М №1 разработан учебный план программы годичного курса обучения по программе «Менеджер общественного здравоохранения». Курс сфокусирован на управлении учреждениями первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Учебный план программы состоит из 10 модулей, продолжительность обучения – 1 год, количество часов – 1716.

Результаты. Особенностью учебной программы «Менеджмент общественного здравоохранения» является сочетание теоретических и практических традиций классического последипломного образования в интеграции различных факультетов с целью подготовки высококвалифицированных специалистов в области управления ПМСП в условиях развития рыночных отношений в здравоохранении Таджикистана.

Ключевые особенности курса: курс направлен на практические аспекты управления, учитывает реальную ситуацию районов, особый акцент делается на планировании и решении проблем; обновленные методы обучения/преподавания; предоставление современной концепции по управлению; весьма краткое время теоретического обучения с отрывом от работы и основное время - обучение на рабочем месте посредством самообразования и наставничества.

Заключение. Одногодичный инновационный учебный курс «Менеджмент общественного здравоохранения» необходим для совершенствования системы управления здравоохранением, в частности на уровне ПМСП, посредством обучения руководителей сети учреждений ПМСП районов. В результате оценок курс признан эффективным и отвечающим потребностям управления ПМСП. Необходимо планирование и реализация мероприятий по дальнейшему институциональному развитию, стратегии маркетинга и механизма для повышения устойчивости.

Ключевые слова: менеджер здравоохранения, инновационный курс подготовки, ПМСП

Aim. Implementation and implementation of the educational innovation course "Public Health Manager".

Material and methods. Within the framework of the "Agreement on cooperation between the Representative Office of the Swiss Institute of Tropical and Public Health in the Republic of Tajikistan and the Institute of Postgraduate Education in the Public Health of the Republic of Tajikistan dated 19.09.2014, M No. 1 developed a curriculum for a one-year training program for the Public Health Manager program. The course focuses on the management of

primary health care facilities (PHC). The curriculum of the program consists of 10 modules, the duration of training is 1 year, the number of hours is 1716.

Results. A special feature of the "Public Health Management" curriculum is a combination of theoretical and practical traditions of classical postgraduate education in the integration of various faculties with the aim of training highly qualified specialists in primary care management in the context of the development of market relations in Tajikistan's health care. Key features of the course: the course is aimed at practical aspects of management, considers the real situation of the districts, special emphasis on planning and problem solving.

Updated teaching / learning methods; providing a modern management concept; a very short time of theoretical training with a separation from work and the main time - training in the workplace through self-education and mentoring.

Conclusion. A one-year innovative training course "Public Health Management" is necessary to improve the health-care management system, at the primary health care level, by training the heads of the network of primary health care facilities in the districts. As a result of evaluations, the course was recognized as effective and meeting the needs of PHC management. It is necessary to plan and implement measures for further institutional development, a marketing strategy and a mechanism to increase sustainability.

Key words: Health Manager, innovative training course, PHC

Актуальность

В настоящее время Правительством Таджикистана приняты «Национальная стратегия развития страны на период до 2030 года» и «Среднесрочная программа национального развития на период 2016-2020 гг.», при составлении которых, наряду с приоритетными направлениями устойчивого развития страны, максимально учтены задачи, определенные в рамках Целей Устойчивого развития (ЦУР) в отношении всестороннего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) [1].

Реализации ЦУР должна способствовать согласованная Стратегическая рамочная программа ООН по содействию развитию Таджикистана на период с 2016 до 2020 года [3].

В стратегическом документе «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 годы» определены приоритетные направления развития сектора здравоохранения в четырех ключевых областях: управление, финансирование здравоохранения, формирование ресурсов и оказание помощи.

Одним из ведущих среди приоритетных направлений реформы системы здравоохранения для Таджикистана является развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на основе семейной медицины [1].

Успешная реализация стратегических документов всецело зависит от комплексного подхода к ресурсам, системам и результатам управления в здравоохранении.

В развитии ресурсов здравоохранения ведущая роль принадлежит повышению результативности работы медицинских кадров путем внедрения современных программ подготовки в области базового и непрерывного медицинского образования, а также научно-обоснованных подходов.

Цель исследования

Внедрение и реализация учебного инновационного курса «Менеджер общественного здравоохранения».

Материал и методы исследования

Реализация программы «Менеджмент общественного здравоохранения» осуществляется на базе кафедры общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики с участием приглашенных международных консультантов, преподавателей кафедры организации здравоохранения ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, ведущих специалистов МЗиСЗН Республики Таджикистан.

В рамках «Соглашения о сотрудничестве между Представительством Швейцарского института тропического и общественного здравоохранения в Республике Таджикистан (ШИТОЗ РТ) и ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ» (ИПОвСЗ РТ) от 19.09.2014 г. М №1 разработан учебный план программы годичного курса обучения по программе «Менеджер общественного здравоохранения».

Курс сфокусирован на управлении первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Выдаваемый диплом обученным «Менеджер общественного здравоохранения».

Учебный план программы состоит из 10 модулей, продолжительность обучения – 1 год, количество часов – 1716. Используются интерактивные иллюстрированные лекции с обратной связью со слушателями, работа в группах, решение ситуационных задач, ролевые игры, самоподготовка с использованием литературы.

Результаты и их обсуждение

Учебный план программы годичного курса обучения по программе «Менеджер общественного здравоохранения» составлен

в соответствии с требованиями и в рамках государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования, утвержденного Министерством образования и науки РТ совместно с консультантом Швейцарского института тропического и общественного здравоохранения.

Теоретический компонент программы «Менеджер общественного здравоохранения» представлен дисциплинами, формирующими знания, умения и навыки, которыми должен обладать специалист в области управления в сфере ПМСП, общественного сектора и компетенцией, специфической для сферы здравоохранения.

Практический компонент программы «Менеджер общественного здравоохранения» включает в себя активное участие в учебном процессе, решение ситуационных задач, проведение семинарских занятий, обеспечение стандартов по использованию нужной информации в управлении персоналом, написание рефератов, подготовку и осуществление презентаций, учебные поездки, оказание поддержки на местах.

Особенностью учебной программы «Менеджмент общественного здравоохранения» является сочетание теоретических и практических традиций классического последипломного образования в интеграции различных факультетов с целью подготовки высококвалифицированных специалистов в области управления ПМСП в условиях развития рыночных отношений в здравоохранении Таджикистана.

Ключевые особенности курса:

- курс направлен на практические аспекты управления, учитывает реальную ситуацию районов, особый акцент ставится на планирование и решение проблем;
- обновленные методы обучения/преподавания;
- предоставление современной концепции по управлению;
- весьма краткое время теоретического обучения с отрывом от работы и основное время – обучение на рабочем месте посредством самообразования и наставничества.

К каждому модулю разработаны претесты, тесты, лекционный материал, материалы семинарских занятий, ситуационные задачи, составлен перечень практических навыков, определена тематика рефератов для индивидуальной работы, разработаны оценочные листы для оказания поддержки на местах, а также разработаны контрольные формы (check list). Длительность каждого модуля составляет 4 недели.

Используется следующая структура модуля:

первая неделя – аудиторная часть, вторая неделя – индивидуальная работа слушателя, третья неделя – поддержка на местах, которая осуществляется тренерами с выездом на место работы слушателя и четвертая неделя – подведение итогов и подготовка отчетов.

Используются следующие инновационные подходы: использование компьютерной технологии менеджерами ПМСП; изменение модуля, выявление изменений в управлении; связь с общиной; поддержка на местах; контрольная форма (check list), новые тематики.

Рабочая программа «Менеджмент общественного здравоохранения» первоначально состояла из следующих модулей.

Модуль 1. Современная технология (основы компьютерной информации и доступ к интернету).

Модуль 2. Система здравоохранения Таджикистана.

Модуль 3. Управление на практике: планирование и решение проблемы.

Модуль 4. Введение в управление и качество.

Модуль 5. Информация: управление, основанное на информации.

Модуль 6. Лидерство и коммуникации.

Модуль 7. Управление кадровыми ресурсами.

Модуль 8. Социальное и этическое управление.

Модуль 9. Финансирование здравоохранения.

Модуль 10. Управление инфраструктурой, оборудованием, комплектующими и расходными материалами.

По данной программе проведено 2 раунда.

Первый раунд проведен с июня 2015 по июнь 2016 г. Обучены 6 менеджеров ПМСП г. Турсунзаде, районов Шахринав, Рудаки, Файзабад, Восе и Хамадони. Они стали обладателями диплома «Менеджер общественного здравоохранения». Кроме того, по учебному модулю «Финансирование здравоохранения» обучены 6 бухгалтеров ПМСП этих районов (выдается сертификат). По учебному модулю «Информационная система» обучены 6 специалистов информационной системы ПМСП этих районов (выдается сертификат). В июне 2016 г. проведена внешняя оценка первого раунда.

Второй раунд проведен с октября 2016 по октябрь 2017 г. Обучены 1 специалист Управления здравоохранения Хатлонской области (куратор ПМСП области) и 6 заместителей менеджеров ПМСП г. Турсунзаде,

районов Шахринав, Рудаки, Файзабад, Восе и Хамадони. Они стали обладателями диплома «Менеджер общественного здравоохранения». По учебному модулю «Управление кадровыми ресурсами» обучены 6 работников отдела кадров ПМСП этих районов (выдается сертификат). По учебному модулю «Введение в управление и качество» обучены 6 главных медсестер районных центров здоровья этих районов (выдается сертификат).

При посещениях на рабочих местах осуществлялось принятие отчетов по индивидуальной работе, оказана практическая помощь, совместное обсуждение проблем. Выявлено, что улучшились знания и практические навыки менеджеров ПМСП в области лучшего принятия решений – управленческих, финансовых, связанных с персоналом, связанных с общиной.

В феврале 2018 г. проведена внутренняя оценка второго раунда. По итогам внешней и внутренней экспертиз курс получил высокую оценку.

Таким образом, в двух раундах учебного курса обучены: 1 специалист Управления здравоохранения Хатлонской области (куратор ПМСП области), 6 менеджеров ПМСП (г. Турсунзаде, районов Шахринав, Рудаки, Файзабад, Восе и Хамадони), 6 заместителей менеджеров ПМСП. По отдельным модулям курса обучены 6 специалистов информационной системы ПМСП, 6 бухгалтеров ПМСП, 6 работников отдела кадров ПМСП и 5 главных медсестер РЦЗ.

Одним из главных принципов Глобальной стратегии ВОЗ является участие отдельных людей и взаимная ответственность групп, сообществ, организаций и ведомств в работе по улучшению здоровья населения. С учетом вышеизложенного в тематику модулей в 2018 году интегрированы 2 новых модуля:

1. организация на практике: бизнес-планирование и другие инструменты оценки эффективности;
2. партнерство с общинами в вопросах здоровья.

По данной программе обучаются менеджеры ПМСП пилотных районов: Турсун-Заде, Хамадони, Восе, Рудаки, Файзабад, Таджикабад, Ляхш, Рашт, гг. Худжанд и Канибадам.

Планируемые действия:

Относительно укрепления/институционального развития на уровне ИПОвСЗ РТ:

- интегрирование в программу курса 2-х новых модулей (по бизнес-планированию и работе на уровне общин) и учебника по управлению ПМСП;

- расширение штатной тренерской команды кафедры/курса;

• сотрудничество с ТГМУ им. Абуали ибн Сино, ведущими специалистами МЗиСЗН РТ для преподавания по отобранным модулям;

- внедрение и использование тренерами курса платформы Moodle (электронная база для загрузки и использования обучающих материалов и др.);

• дальнейшее повышение потенциала тренерской команды по отдельным модулям и наставничеству посредством образовательных мероприятий с привлечением международных экспертов;

- расширить курс для менеджеров ПМСП в форме одногодичных заочных теоретических и практических курсов для охвата других районов.

• обсуждение реструктуризации двухгодичного курса обучения по менеджменту.

Относительно механизма устойчивости курса на уровне ИПОвСЗ РТ:

- анализ достижений, результатов оценок, подготовка и внесение в МЗиСЗН РТ предложения о включении курса в ежегодный тематический план института;

• по мере одобрения МЗиСЗН РТ включить курс/ежегодный пакет в план института и расширить обучение для других регионов;

- сотрудничество с заинтересованными внешними партнерами.

Заключение

Одногодичный инновационный учебный курс «Менеджмент общественного здравоохранения» необходим для совершенствования системы управления здравоохранением, в частности на уровне ПМСП, посредством обучения руководителей сети учреждений ПМСП районов.

В результате внешней и внутренней оценок курс признан эффективным и отвечающим потребностям управления ПМСП.

Необходимо планирование и реализации мероприятий по дальнейшему институциональному развитию, стратегии маркетинга и механизма для повышения устойчивости.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года. Душанбе, 2016.168 с.
2. Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010 – 2020 годов. Утверждена Приказом

Правительства Республика Таджикистан №368 от 01.08.2010 года. С. 42-45

3. Среднесрочная программа национального развития на период 2016-2020 гг. [Стратегическая рамочная программа ООН, 2016, <https://www.slideshare.net/ashabook/i-tajikistan>].

REFERENCES

1. *Natsionalnaya strategiya razvitiya Respubliki Tadjikistan na period do 2030 goda* [The national development strategy of the Republic of Tajikistan for the period till 2030]. Dushanbe, 2016. 168 p.

2. *Natsionalnaya strategiya zdorovya naseleniya RT na period 2010-2020 godov* [The national health strategy of RT for the period 2010 to 2020]. Dushanbe, 42-45 p.

3. *Srednesrochnaya programma natsionalnogo razvitiya na period 2016-2020 gg.* Strategicheskaya ramochnaya programma OON [Medium-term national development

program for the period 2016-2020. UN strategic framework]. 2016. Available at: <https://www.slideshare.net/ashabook/i-tajikistan>.

Сведения об авторах:

Джабарова Тахмина Солиджановна – зав. кафедрой общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ИПОвСЗ РТ
Касимова Мавджуда Касымовна – доцент кафедры общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ИПОвСЗ РТ
Рахматова Наргис Акрамовна – и.о. ассистента кафедры общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики

Контактная информация:

Касимова Мавджуда Касымовна – тел.: +992 935657145

¹Каримов С.М., ²Мирзов А.С., ¹Исмоилов А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОВСЗ РТ

²Кафедра эпидемиология, гигиены и охраны окружающей среды ГОУ ИПОВСЗ РТ

¹Karimov S.M., ²Mirzoev A.S., ¹Ismoilov A.A.

RESULTS OF THE EPYDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF PREVALENCE AND INTENSITIES OF THE PARODONTAL DISEASES IN PERSONS WITH ACCOMPANYING SOMATIC PATHOLOGY

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

²Department of Epidemiology, Hygiene and Environmental Protection of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Провести эпидемиологическую оценку частоты пародонтологической патологии у больных с сопутствующей соматической патологией.

Материал и методы. С целью определения распространенности и интенсивности заболеваний пародонта проведено эпидемиологическое обследование стоматологического статуса у 527 соматических больных. Расчет достоверного числа эпидемиологических наблюдений осуществлялся по формуле бесповторной репрезентативной выборки с учетом численности генеральной совокупности. Общая численность обследованных соматических больных, данные которых были использованы для эпидемиологического анализа пародонтологического статуса, составляла более чем 100 человек в каждой возрастной группе. Единый методический подход к выявлению и оценке ортопедического статуса при разнонаправленных межсистемных нарушениях был обеспечен путем заполнения на каждого обследованного специально разработанной карты «Комбинированная карта ВОЗ для стоматологического исследования и определения нуждаемости в лечении».

Результаты. Хронические генерализованные пародонтиты у лиц основной группы явились довольно частым заболеванием пародонта среди всех исследуемых возрастных групп. Результаты проведенных исследований показали, что тяжесть патологических изменений в тканях пародонта увеличивается с нарастанием степени тяжести соматической патологии.

Заключение. В патогенезе генерализованного пародонтита существенную роль играют системные процессы, приводящие к глубоким изменениям внутренней среды организма и, как следствие, к структурному поражению структурных единиц тканей пародонта.

Ключевые слова: эпидемиологическая оценка, пародонтит, соматическая патология, распространенность, интенсивность

Aim. To conduct an epidemiological assessment of the frequency of periodontal pathology in patients with concomitant somatic pathology.

Materials and methods. In order to determine the prevalence and intensity of periodontal diseases, an epidemiological examination of dental status in 527 somatic patients was carried out. The calculation of a reliable number of epidemiological observations was carried out according to the formula of a non-repeated representative sample taking into account the size of the general population. The total number of somatic patients examined, the data of which were used for the epidemiological analysis of periodontal status, amounted to more than 100 people in each age group. A unified methodological approach to the identification and assessment of orthopedic status in case

of multidirectional intersystem disorders was provided by filling in for each examined specially developed card "WHO Combined Card for Dental Research and Determination of Need for Treatment".

Results. Chronic generalized periodontitis in individuals of the main group was a common periodontal disease among all studied age groups. The results of the studies showed that the severity of pathological changes in periodontal tissues increases with increasing severity of somatic pathology.

Conclusion. In the pathogenesis of generalized periodontitis, an essential role is played by systemic processes leading to profound changes in the internal environment of the body and, as a result, to structural damage to the structural units of periodontal tissues.

Key words: epidemiological estimation, parodontitis, somatic pathology, prevalence, intensity

Актуальность

На основании анализа литературных источников можно выделить ряд общесоматических факторов, сопровождающих развитие заболеваний пародонта. Высокая распространённость патологии пародонта может стать основой для целенаправленного воздействия на патогенетические звенья индуцирования воспалительно-дистрофического процесса пародонтальных структур, а исследования межорганных взаимоотношений при наличии пародонтологической патологии следует считать одной из важных проблем для разработки дифференцированных подходов лечения названной патологии [1, 3].

В патогенезе генерализованного пародонтита существенную роль играют разнонаправленные межсистемные нарушения, обуславливающие глубокие изменения внутренней среды организма и, как следствие, приводящие к увеличению скорости остеокластического рассасывания околозубных тканей, снижению активности остеобластов и возникновению дисбаланса между резорбцией и формированием костной ткани в структуре пародонта. На фоне такого дисбаланса различные пародонтопатогенные факторы, усиливающие взаимное негативное действие, у лиц с соматической предрасположенностью к заболеваниям пародонта приводят к срыву надежных физиологических механизмов, обеспечивающих автоматизм функционирования и саморегуляцию деятельности организма в целом, полости рта и пародонтального комплекса - в частности [2, 4].

Цель исследования

Провести эпидемиологическую оценку частоты пародонтологической патологии у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями.

Материал и методы исследования

Обследование структурных единиц тканей пародонта проведено у 527 больных с коморбидной патологией. При поступлении пациентов в клинику пародонтологическое обследова-

дование проводилось с письменного согласия пациентов, в соответствии с международными нормами проведения клинических исследований. Объем выборки составил 277 женщин и 250 мужчин с пародонтологической патологией в сочетании с разнонаправленными межсистемными нарушениями. Среди пародонтологических больных длительность коморбидной патологии варьировала от 1 года до 17 лет. Гендерное распределение пациентов основной группы оказалось таковым. Распределение мужчин и женщин у 20-29-летних лиц составило соответственно 55 (22,0%) и 59 чел. (21,3%). У 30-39- и 40-49-летних пациентов количество обследованных лиц составило 53 (21,2%), 60 (21,7%) и 49 (19,6%), 63 (22,7%) соответственно для мужчин и женщин. Значение исследуемых показателей у 50-59-летних пациентов соответствовало 49 (19,6%) и 49 (17,7%), в возрастных группах старше 60 лет - 44 (17,6%), 46 (16,6%).

Описывали общесоматический статус обследованных пациентов с внутрисистемными нарушениями. Впервые выявленная соматическая патология верифицировалась у 143 (27,1%) больных. Длительность системной патологии до 5-ти лет оказалась у 173 (32,8%) больных, до 10-ти лет - у 104 (19,7%), более 10-ти лет - у 107 (20,3%) больных

Для анализа полученных данных применяли пакет прикладных статистических программ Statistica 10.0 и программу Microsoft Office Excel. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

При проспективном пародонтологическом исследовании нами изучены распространенность болезней пародонта у соматических больных, разделенных на возрастные группы от 20-29 до 60 лет и старше. При оценке пародонтологического статуса соматических больных было установлено, что распространенность воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта генерализованного характера с различной степенью тяжести в целом составила стопроцентную величину. Так, у 20-29-летних пациентов в структуре пародонтита домини-

ровал хронический генерализованный пародонтит легкой степени ($66,7 \pm 2,45\%$), средняя степень тяжести пародонтита выявлена в $27,3 \pm 1,29\%$, тяжелая – в $6,0 \pm 0,62\%$ случаев.

В возрастной группе 30-39 лет среди клинических форм пародонтита чаще ($59,3 \pm 2,12\%$) выявляли хронический генерализованный пародонтит легкой степени, средней степени тяжести пародонтит диагностировали в $29,1 \pm 1,31\%$, тяжелой – в $11,6 \pm 0,94\%$ случаев. В структуре пародонтита у 40-49-летних пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями преобладали легкая ($50,5 \pm 2,15\%$) и средней ($32,2 \pm 1,44\%$) степени тяжести хронического генерализованного пародонтита и только в $17,3 \pm 1,10\%$ случаев диагностировали тяжелый пародонтит.

Легкая форма генерализованного пародонтита у 50-59-летних пациентов встречались в 1,4 раза реже ($46,7 \pm 1,97\%$), по сравнению с пациентами в возрастной группе 20-29 лет. Вместе с тем, в этой же возрастной группе больные в 3 раза чаще имели более тяжелое течение воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта генерализованного характера ($17,8 \pm 0,98\%$). В возрасте 60 лет и старше легкое

течение хронического пародонтита генерализованного характера отмечено у $32,6 \pm 1,41\%$ лиц, среднее и тяжелое течение – соответственно у $31,2 \pm 1,27\%$ и $36,2 \pm 1,13\%$. С учетом изложенного выше можно резюмировать, что возрастной фактор у соматических больных оказывал разнонаправленное действие на клинические проявления воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта.

Поражения структурных единиц тканей пародонта генерализованного характера легкой степени тяжести в первой возрастной группе соматических больных диагностировали в $66,7 \pm 2,45\%$ случаев, что в сравнении с данными пятой возрастной группы ($32,6 \pm 1,41\%$) свидетельствовало о достоверном (на $34,1 \pm 1,04\%$) снижении частоты указанной степени пародонтальной патологии в зависимости от возрастного фактора. Вместе с тем, достоверное повышение частоты пародонтальных поражений тяжелой степени тяжести отмечали у соматических больных пятой возрастной группы ($36,2 \pm 1,13\%$) против величины исследуемого показателя у 20-29-летних пациентов ($6,0 \pm 0,62\%$). Другими словами, хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени

тяжести в зависимости от возрастного фактора достоверно возрос, что в сравнительном аспекте свидетельствует о приросте (на $30,2 \pm 0,51\%$) частоты их возникновения на фоне существующего внутрисистемного нарушения.

Как нами установлено, у соматических больных при структуризации воспалительно-деструктивного процесса генерализованного характера в $51,2\%$ наблюдений выявляли легкую степень пародонтита, в $31,1\%$ - среднюю и в $17,7\%$ - тяжелую.

Среди пациентов контрольной группы общая распространенность очагового ($32,8\%$) и генерализованного ($4,8\%$) пародонтита составила $37,6\%$, что на $62,4\%$ ниже, чем при наличии соматической патологии. Распределение пациентов контрольной группы с легкой ($61,5\%$), средней ($30,8\%$) и тяжелой ($7,7\%$) степенями пародонтита статистически значительно различались.

При оценке состояния пародонта распространенность признаков легкой формы генерализованного пародонтита у соматических больных в возрасте 60 лет и старше составила минимальную величину ($32,6 \pm 1,41\%$), что в 2 раза ниже, чем у лиц первой возрастной группы ($66,7 \pm 2,45\%$). Такая тенденция объясняется тем, что при комплексном анализе пародонтологического статуса больных последней группы после их клинико-рентгенологического обследования обнаружили существенные различия в динамике легких ($31,2 \pm 1,27\%$) и тяжелых ($36,2 \pm 1,13$) форм поражения структурных единиц тканей пародонта генерализованного характера, по сравнению с названными формами поражений у лиц первой возрастной группы (соответственно $27,3 \pm 1,29$ и $6,0 \pm 0,62\%$).

Пародонтологическими обследованиями у соматических больных установлена достоверная зависимость тяжести воспалительно-деструктивного процесса диффузного характера в зави-

симости от гендерного детерминирующего фактора. Так, степень выраженности легкой формы диффузного пародонтита в большей степени (на $15,8 \pm 0,3\%$) регистрировалась среди мужского пола, по сравнению с женщинами (соответственно $59,1 \pm 2,14\%$ и $43,3 \pm 1,84\%$). Среди мужчин и женщин величина пародонтальной патологии диффузного характера со средней и тяжелой формами соответствовала $34,4 \pm 1,40\%$, $29,5 \pm 1,35\%$ и $24,2 \pm 1,06\%$, $11,6 \pm 0,88\%$.

Мы также проанализировали тяжесть заболеваний пародонта среди обследованного контингента в зависимости от давности межсистемного нарушения. Было установлено, что распространенность хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести у лиц, страдающих общесистемной патологией в течение 5 лет, в среднем составила $61,3 \pm 2,33\%$. Для средней и тяжелой форм хронического воспалительно-деструк-

тивного процесса распространённость пародонтологической патологии соответствовала $32,6 \pm 1,39\%$ и $2,2 \pm 0,18\%$.

При наличии внутрисистемной патологии от 5 до 10 лет распространённость хронического диффузного пародонтита легкой формы составила $53,1 \pm 1,95\%$. Его величина достоверно снижается по мере утяжеления воспалительного процесса, достигая $26,3 \pm 1,33\%$ и $20,6 \pm 1,03\%$ соответственно для средней и тяжелой форм хронического диффузного пародонтита. Абсолютно иная закономерность, но с менее значимой достоверностью, наблюдалась у лиц, страдающих внутрисистемной патологией более 10 лет, – соответственно $30,9 \pm 1,35\%$, $29,0 \pm 1,37\%$ и $40,1 \pm 1,22\%$.

Заключение

Таким образом, в зависимости от длительности внутрисистемного нарушения легкая форма хронического генерализованного пародонтита у лиц, страдающих общесистемной патологией в течение 5 лет, практически увеличилась в 2 раза, против усредненного значения данного показателя у лиц с наличием общесоматической патологии более 10 лет. Однако с увеличением продолжительности межсистемного нарушения среди обследованных лиц средняя форма генерализованного пародонтита уменьшилась на $3,6 \pm 0,02\%$, а тяжелая форма пародонтальной патологии, напротив, увеличилась в 18 раз (на $37,9 \pm 1,04\%$).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 4 см. в REFERENCES)

1. Арьева Г.Т., Соловьев М.М., Рыжак Г.А. Ассоциации заболеваний пародонта с соматической терапевтической патологией у пациентов пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии. 2014. № 3. С. 560-565.
2. Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э., Гурезов М.Р., Социально-психологический статус больных с патологией желудочно-кишечного тракта и особенности оказания им стоматологической помощи // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2017. № 4. С. 66-68.
3. Исмоилов А.А., Азимзода С.М., Султанов М.Ш., Ирсадиев Х.И. Взаимное отягощение патологического состояния сочетанных стоматологических и соматических заболеваний // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2019. № 4. С. 112-117.

4. Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г.Г. К вопросу об определении нуждаемости больных в имплантационном лечении окклюзионных дефектов при разнонаправленных межсистемных нарушениях // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2017. № 3(23). С. 74-78.

REFERENCES

1. Arev G.T., Solovyov M.M., Rizhak G.A. Assotsiatsii zabolevaniy parodonta s somaticheskoy terapevticheskoy patologiyey u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Associations of the parodontal diseases with somatic therapeutic pathology beside patients of elderly and senile age]. *Uspekhi gerontologii – Success of Gerontology*, 2014, No. 3, pp. 560-565.
2. Ashurov G. G., Mullodzhanov G. E., Gurezov M. R. Sotsialno-psikhologicheskiy status bolnykh s patologiyey zheludochno-kishchechnogo trakta i osobennosti okazaniya im stomatologicheskoy pomoshchi [Social-psychological status patients with pathology of the gastrointestinal tract and particularities of the rendering to him dentistry help]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2017, No. 4, pp. 66-68.
3. Ismoilov A. A., Azimzoda S. M., Sultanov M. Sh., Irsaliev Kh. I. Vzaimnoe otyagoshchenie patologicheskogo sostoyaniya sochetannykh stomatologicheskikh i somaticheskikh zabolevaniy [Mutual gravity pathological condition of combined dentistry and somatic diseases]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2019, No. 4, pp. 112-117.
4. Mullodzhanov G. E., Ashurov G. G. K voprosu ob opredelenii nuzhdaemosti bolnykh v implantatsionnom lechenii okklyuzionnykh defektov pri raznonapravlennykh mezhssystemnykh narusheniyakh [To question about determination of needs patients in implantology treatment of occlusion defect under different direction of between system disorders]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2017, No 3, pp. 74-78.

Сведения об авторах:

- Каримов Сафаррахмад Мунаварович** – доцент терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.
Мирзоев Аъзамджон Сафолович – зав. кафедрой эпидемиологии, гигиены и защиты окружающей среды ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.
Исмоилов Абдурахим Абдулатифович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Контактная информация:

- Каримов Сафаррахмад Мунаварович** – тел.: (+992) 918-61-62-08

¹Касымов О.И., ²Эмомалиев Д., ¹Муниева С.Х., ²Байзов Б., ¹Касымов А.О.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И НЕКОТОРЫХ СТОРОН ПАТОГЕНЕЗА РАЗНЫХ ТИПОВ ПСОРИАЗА

¹Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Городской центр кожных и венерических болезней, Душанбе, Таджикистан

¹Kasymov O., ²Emomaliev D., ¹Munieva S., ²Bayozov B., ¹Kasymov A.

PECULIARITIES OF THE CLINICAL PICTURE AND SOME ASPECTS OF PATHOGENESIS OF VARIOUS TYPES OF PSORIASIS

¹Department of Dermatology, Venereology & Cosmetology, of State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

²City Centre for Skin Diseases and STIs, Dushanbe, Tajikistan

Цель исследования. Определить особенности клиники и иммунологических нарушений у больных разными типами псориаза.

Материал и методы. Обследовано 76 больных псориазом (45 мужчин, 31 женщина) в возрасте от 16 до 66 лет. Наследственно обусловленный (I тип) вариант заболевания обнаружен у 46,1% (n=35) больных, спорадический (II тип) – у 53,9% (n=41).

Методы исследования: клинические, иммунологические, статистические.

Результаты. У больных I типом псориаза первые проявления (дебют) дерматоза наблюдались преимущественно в возрасте 5-20 лет, большинство пациентов были в возрасте 21-30 лет. Дебют II типа псориаза происходил чаще в возрасте старше 40 лет; большинство больных – в возрасте 41-60 лет. Иммунологические нарушения у больных наследственно-обусловленным псориазом выражены достоверно больше, чем у больных спорадическим.

Заключение. Клиническое течение наследственно-обусловленного псориаза было более тяжелым в связи с более глубокими иммунологическими нарушениями.

Ключевые слова: псориаз, I и II тип, клиника, иммунологические нарушения

Aim. To determine the features of the clinic and immunological disorders in patients with different types of psoriasis.

Materials and methods. 76 patients with psoriasis at the age of 16-66 years (men – 45, women – 31) examined. 46.1% (35 patients) had a hereditary tainted psoriasis (I type) and 53.9% (41 patients) had a sporadic one (II type). Methods: clinical, immunological, statistical.

Results. In patients with type I psoriasis, the first manifestations (debut) of dermatosis were observed mainly at the age of 5-20 years, most patients were aged 21-30 years. The debut of type II psoriasis occurred more often at the age of over 40; most patients aged 41-60 years. Immunological disorders in patients with hereditary psoriasis are significantly more pronounced than in sporadic patients.

Conclusion. The clinical picture of the hereditary tainted psoriasis was more severe because of more striking immunological disorders.

Key words: psoriasis, I and II type, clinics, immunological disorders

Актуальность

Псориаз является распространенным хронически-рецидивирующим воспалительным заболеванием со спонтанными ремиссиями и

у большинства больных ежегодными рецидивами. В настоящее время количество больных псориазом во всем мире составляет около 3% от общей популяции. В дерматологических

отделениях доля госпитализированных больных псориазом, по данным разных авторов, колеблется от 6,5% до 22,0%, а среди первично обратившихся амбулаторных больных с различными заболеваниями кожи – 5% [1, 2, 3]. Хроническое, трудно поддающееся лечению течение псориаза, вызывая ограничивающее воздействие на физические способности пациента, оказывает выраженное отрицательное влияние на нервно-психическую деятельность и качество жизни больных [2, 5]. Степень выраженности псориаза по психоэмоциональному воздействию на организм больного сравнимо с хроническими заболеваниями легких и депрессией [8].

В настоящее время не вызывает сомнения главенствующее значение иммунных механизмов в патогенезе псориаза, что, несомненно, связано с важной ролью кожи в иммунной системе организма [1, 9]. На сегодняшний день псориаз рассматривается как Т-клеточно-опосредованное аутоиммунное заболевание, в развитии которого важное значение придается нарушению активности некоторых провоспалительных цитокинов [6, 9]. Многие исследователи, опираясь на семейный анамнез и дебют (начало) дерматоза, различают два варианта псориаза. I вариант определяется как наследственно-обусловленный (у более чем 60% больных псориазом страдают родственники 1-ой степени), характеризующийся ранним началом дерматоза (в возрасте 10-25 лет). II (несемейный) тип псориаза дебютирует у большинства больных после 40-летнего возраста и носит, преимущественно, непрогнозируемый, т.е. спорадический характер [4, 7].

В исследованиях одних авторов обнаружены значимые различия между наследственно обусловленным и спорадическим типами псориаза в семейном, возрастном и клиническом аспектах заболевания [8], в работах других исследователей [7] – различий в клинических их проявлениях не выявлено.

Цель исследования

Определение клинко-иммунологических различий у больных разными типами псориаза.

Материал и методы исследования

Обследованы 76 больных псориазом, у которых наблюдался не осложненный эритродермией или артропатией распространенный вульгарный клинический вариант заболевания. Мужчины составили 45 (59,2%) больных, женщины – 31 (40,1%) в возрасте от 16 до 66 лет. Больные страдали псориазом от нескольких месяцев до 25 лет. Прогрес-

сирующая стадия заболевания диагностирована у 46 (60,5%) больных, стационарная – у 30 (39,5%). У больных выявлены разные клинические формы псориаза: лентикулярно-нуммулярная – у 20 (26,3%) пациентов, папулезно-бляшечная – у 56 (73,7%).

Для определения площади поражения и тяжести псориаза мы использовали предложенный T. Fredriksson и U. Pettersson (1978) индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index), который является базовым стандартом в дерматологии и в настоящее время широко используется в клинических и научных исследованиях. Индекс PASI выражается целым числом от 0 до 72, где 0 указывает на отсутствие болезни, а 72 – на самое тяжелое течение и показывает площадь псориаических изменений по оценке степени проявлений клинических признаков, таких как эритема, интенсивность шелушения и инфильтрации. Значение индекса PASI менее 8 указывает на легкое течение псориаза, от 8 до 12 – на среднюю степень тяжести дерматоза, 13-17 – относительно тяжелое течение, 18 и выше – тяжелая форма заболевания.

Исследование иммунного статуса больных включало определение в периферической крови содержания лимфоцитов (абсолютное и относительное количество), CD₃-, CD₄-, CD₈-, CD₁₉-лимфоцитов, в сыворотке крови – IgA, IgM, IgG, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), фагоцитарную активность лейкоцитов (ФАЛ) и фагоцитарное число (ФЧ). Определение содержания CD₃-Т-общих, CD₄-Т-хелперов, CD₈-Т-супрессоров, CD₁₉ (В-лимфоцитов) проведено иммунофлуоресцентным методом, IgA, IgM, IgG – иммуноферментным методом, ЦИК – методом Ю.А. Гриневича и А.И. Алферова (1981), ФЧ и ФАЛ – Н.А. Park (1972).

В группу сравнения были включены 30 здоровых людей, возраст которых колебался от 17 до 55 лет. Возраст и пол больных и контрольной группы были сопоставимы.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Microsoft Excel 2003, определением достоверности различия показателей (P).

Результаты и их обсуждение

Среди 76 находившихся под наблюдением пациентов псориазом I-го типа (с наличием положительного семейного анамнеза по псориазу) страдали 35 (46,1%) человек, из них 22 мужчины и 13 женщин или соответственно 62,9% и 37,1% (соотношение 1,7:1).

Псориаз II типа (среди родственников имеются больные псориазом) выявлен у 41 (53,9%) пациента, среди которых муж-

чин было 23 (56,1%) человека, женщин – 18 (43,9%); соотношение 1,3:1. В возрастной структуре больные обеих групп расположились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Возрастная структура больных I и II типом псориаза

Возраст	I тип псориаза (n=35)		II тип псориаза (n=41)	
	абс	%	абс	%
16-20 лет	6	17,1	1	2,4
21-30 лет	14	40	2	4,8
31-40 лет	7	20	8	19,5
41-50 лет	4	11,4	15	36,9
51-60 лет	3	8,6	11	26,8
Старше 60 лет	1	2,9	4	9,8
Всего	35	100	41	100

Как видно из данных таблицы 1, большинство больных I типом псориаза были в возрасте до 40 лет (77,1%, n=27), а среди больных II типом – старше 40 лет (73,5%, n=30). Средний возраст больных наследственно-обусловленным типом заболевания составил $32,4 \pm 1,6$ лет, спорадическим

– $47,4 \pm 1,5$ лет. Таким образом, средний возраст обеих групп достоверно отличался ($p < 0,02$).

В таблице 2 отражены сроки возникновения первых клинических признаков псориаза (дебют) среди больных разными типами дерматоза.

Таблица 2

Возрастная структура больных I и II типом псориаза

Возраст начала псориаза	I тип псориаза (n=35)		II тип псориаза (n=41)	
	абс	%	абс	%
0-10 лет	17	48,6	0	0
11-20 лет	13	37,1	0	0
21-30 лет	5	14,3	5	12,2
31-40 лет	0	0	11	26,8
41-50 лет	0	0	19	46,3
51-60 лет	0	0	5	12,2
Старше 60 лет	0	0	1	2,4
Всего	35	100	41	100

Данные таблицы 2 показывают, что генетически-отягощенный псориаз в возрасте до 10 лет дебютировал у 17 (48,6%) больных, до 20 лет – у 13 (37,1%), до 30 лет – у 5 (14,3%). Дебют псориаза I типа в возрасте старше 30 лет не отмечен. Начало наследственно-необусловленного псориаза в возрасте до 20 лет не указал ни один больной. Его дебют в возрасте до 30 лет наблюдался у 5 (12,2%) больных, до 40 лет – у 11 (26,8%), старше 40 лет – у 19

(46,8%), от 51 до 60 лет – у 5 (12,2%), старше 60 лет – только у 1 (2,4%).

Продолжительность дерматоза у больных с разными его типами была разной (рис. 1).

Из данных рисунка 1 видно, что псориазом до 5 лет среди пациентов спорадическим его типом болели в 1,4 раза больше больных, чем при генетически-обусловленном (соответственно 19,5% и 14,3%), от 6 до 10 лет – в 1,6

раза (соответственно 36,6% и 22,9%), от 11 до 20 лет – примерно одинаково (34,1% и 37,1%). Большинство пациентов I и II типами страдали псориазом до 20 лет (соответственно

74,3% и 90,2%). Длительность заболевания у больных I типом псориаза составила, в среднем, $15,4 \pm 1,6$ лет, II типом – $10,9 \pm 1,3$ лет, что значимо меньше ($p < 0,05$).

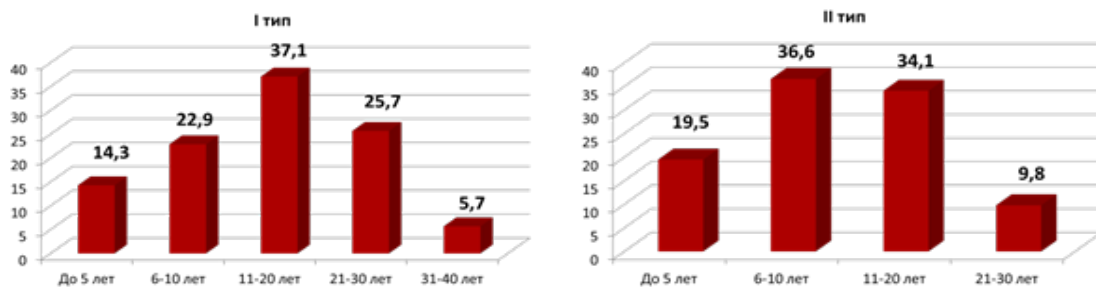


Рис. 1. Продолжительность заболевания у больных разными типами псориаза

Клиника заболевания у больных разными типами псориаза была примерно одинаковой. Только ладони и подошвы среди больных с генетически-обусловленным типом заболевания были поражены в 1,5 раза чаще ($p < 0,05$), чем при спорадическом (соответственно у 8,2% и 5,4% больных). Ногти были изменены у 6 (17,1%) больных наследственно-обусловленным типом псо-

риза и 5 (12,2%) – спорадическим, что в 1,4 раза меньше ($p < 0,05$).

Жалобы на ощущения зуда, жжения или стягивания кожи предъявляли примерно одинаковое количество больных I и II типами заболевания.

Заболевание у всех обследованных больных носило хроническое рецидивирующее течение с разной частотой обострений (рис. 2).

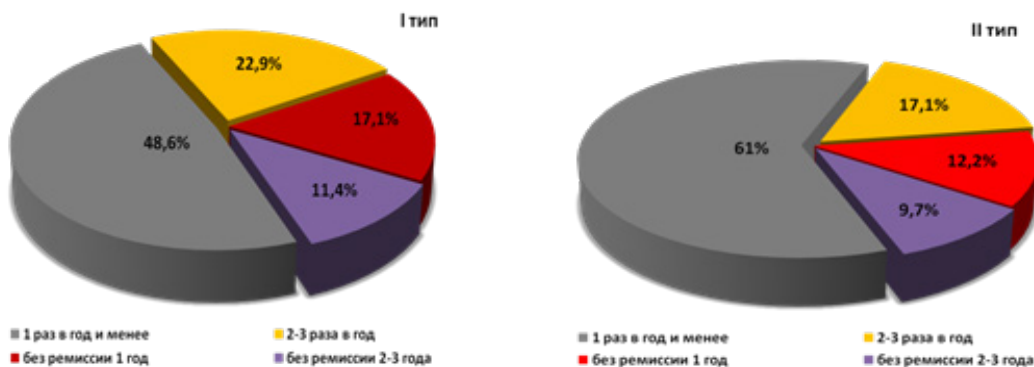


Рис. 2. Частота рецидивов у больных разными типами псориаза

Как показывают данные рисунка 2, псориаз среди больных наследственно-обусловленным типом носил относительно более тяжелое течение: у большинства больных заболевание в течение 1-3 и более лет носило непрерывное течение или рецидивировало 2-3 и более раз в год, что в 1,3 раза больше, чем среди больных спорадическим типом (соответственно у 51,4% и 39% больных, $p < 0,05$).

чем среди больных с наследственно-необусловленным вариантом дерматоза (соответственно у 42,8% и 29,3% больных, $p < 0,02$).

Исследование площади и тяжести заболевания по определению значения индекса тяжести течения псориаза (PASI) дало следующие результаты (табл. 3).

Из анамнеза выяснилось, что все обследованные больные неоднократно обращались за помощью к врачам-дерматовенерологам, частота которых отражена на рисунке 3.

Как видно из данных таблицы 3, относительно тяжелые и тяжелые клинические формы псориаза (значение индекса PASI выше 12) среди больных, страдающих I типом заболевания, наблюдались в 1,46 раза чаще,

Из данных рисунка 3 видно, что один раз и реже в год в дерматовенерологические учреждения обращались 11,4% больных I типом псориаза и 12,2% – II, 2-3 раза в год – соответственно 51,4% и 58,5%, более 3 раз в году – 37,1% и 29,3%. Больные генетически-отягощенным типом псориаза более 3 раз в год к врачу обращались на 27% чаще, чем спорадическим.

Количество случаев стационарного лечения в течение одного года среди больных разными типами псориаза приведено на рисунке 4

Таблица 3

Значение индекса PASI у больных обоими типами псориаза

Значение индекса PASI	I тип псориаза (n= 35)		II тип псориаза (n= 41)	
	Абс	%	абс	%
2-4	2	5,7	4	9,8
5-7	5	14,3	7	17,1
8-12	13	37,1	18	43,9
13-17	6	17,1	6	14,7
18-22	4	11,4	4	9,8
23-27	3	8,6	1	2,4
28-32	2	5,7	1	2,4
Всего	35	100	41	100

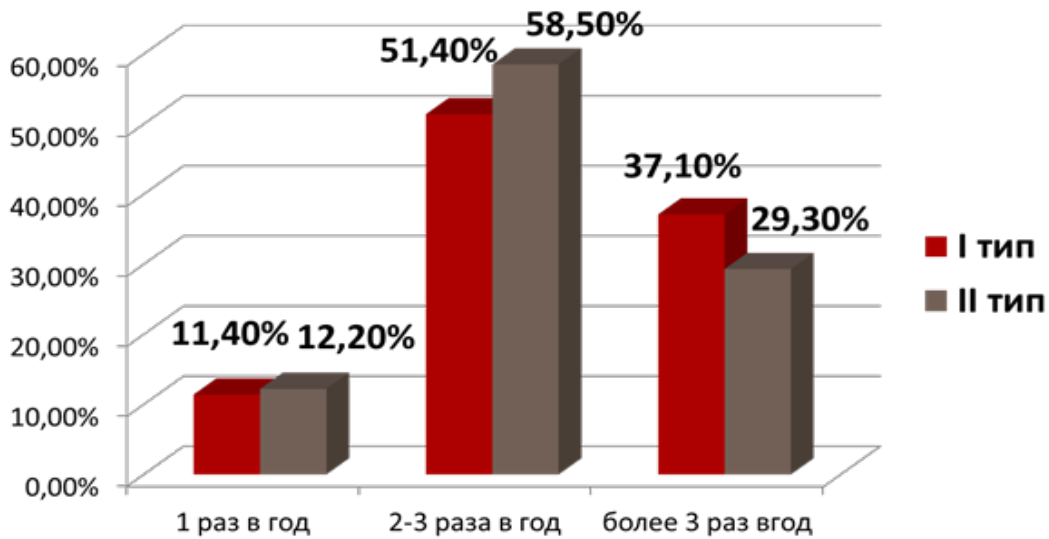


Рис. 3. Частота обращаемости больных разными типами псориаза к врачу

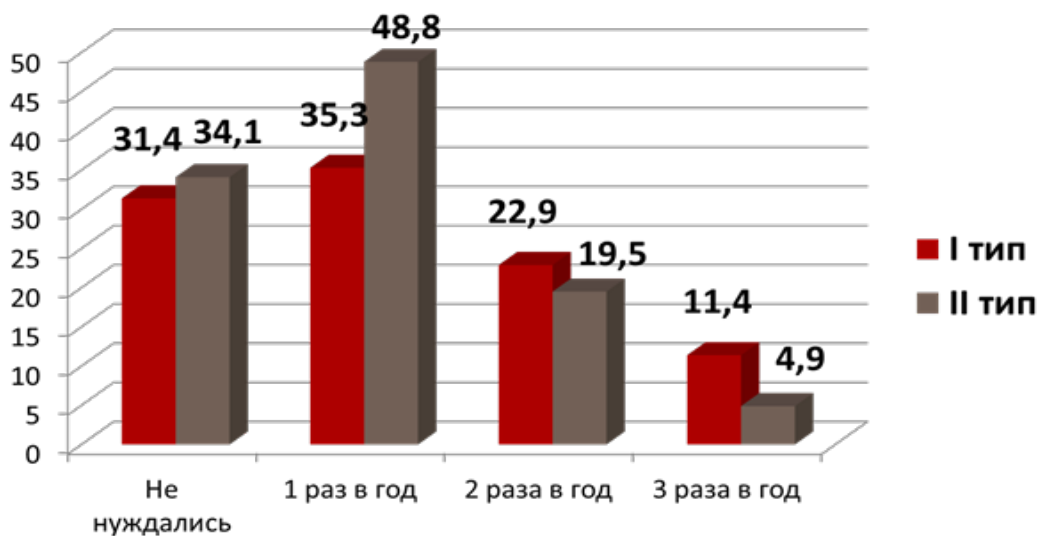


Рис. 4. Потребность в госпитализации у больных псориазом

Данные рисунка 4 показывают, что у 31,4% (n=11) пациентов генетически-обусловленным псориазом и 34,1% (n=14) – спорадическим в течение года заболевание имело легкое течение, в связи с чем больные в госпитализации не нуждались, один раз в год стационарное лечение проведено 35,3% (n=12) и 48,8% (n=17) больным с I и II типами дерматоза, 2 раза – соответственно 22,9% (n=8) и 19,5% (n=8), 3

раза – 11,4% (n=4) и 4,9% (n=2). Приведенные результаты исследования свидетельствуют, что повторная (2-3 раза в год) госпитализация пациентов I типом псориаза проводилась достоверно (в 1,4 раза) чаще, чем спорадическим (соответственно 34,3% и 24,4% больных, $p < 0,05$).

Иммунологические нарушения у больных разными типами псориаза приведены в таблице 4.

Таблица 4

Иммунологические нарушения у больных разными типами псориаза

Показатели	Контрольная группа	Типы псориаза	
		I тип (n = 35)	II тип (n = 41)
Лимфоциты, абс.	1746±153	1527±123	1698±137
Лимфоциты, %	30,6±2,1	26,7±1,9	27,8±1,7
CD ₃ (Т-лимфоциты), %	72,4±3,3	57,3±2,33(1)	64,4±2,21
CD ₄ (Т-хелперы), %	44,7±2,2	31,4±1,84(2)	37,7±1,92
CD ₈ (Т-супрессоры), %	27,8±1,8	22,4±1,61	21,5±1,42
CD ₄ / CD ₈	1,61±0,12	1,40±0,101	1,75±0,13
CD ₁₉ (В-лимфоциты), %	13,3±0,9	15,8±1,2	15,3±1,1
IgA, г / л	1,85±0,12	2,75±0,194	3,16±0,224
IgM, г / л	1,66±0,12	2,63±0,164	2,29±0,143
IgG, г / л	13,2±1,0	19,7±1,24	21,9±1,34
ЦИК, г / л	2,67±0,19	3,86±0,214(1)	3,25±0,191
ФАЛ, %	77,5±5,8	59,3±4,72	55,7±4,43
ФЧ	6,2±0,5	4,3±0,42	4,6±0,41

Примечание: достоверность различия к показателям контрольной группы: 1 – $p < 0,05$; 2 – $p < 0,02$; 3 – $p < 0,01$; 4 – $p < 0,001$; достоверность различия между данными обеих групп: (1) – $p < 0,05$. (2) – $p < 0,02$

Как видно (табл. 4), иммунологические нарушения у больных спорадическим (II типом) псориаза проявились подавлением клеточного иммунитета, что отмечалось снижением в периферической крови общего количества CD₃-лимфоцитов ($p < 0,05$) и их CD₄-хелперной ($p < 0,02$) и CD₈-супрессорной ($p < 0,02$) субпопуляций. Гиперактивность гуморального иммунитета характеризовалась значительным увеличением содержания IgA ($p < 0,001$), IgM ($p < 0,01$), IgG ($p < 0,001$) и ЦИК ($p < 0,05$). Показатели неспецифической реактивности организма (ФАЛ и ФЧ) у них были снижены (p соответственно $< 0,01$ и $< 0,05$). У больных наследственно-обусловленным псориазом отмечены аналогичные, но более выраженные нарушения иммунитета, о чем свидетельствует достоверное у них, в сравнении с данными больных спорадическим псориазом, снижение содержания CD₃

($p < 0,05$) и CD₄-лимфоцитов ($p < 0,02$), а также ЦИК ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, на основании проведенных исследований нами выявлены некоторые клинические особенности псориаза в условиях жаркого климата Таджикистана:

– в структуре больных псориазом генетически-отягощенный вариант составляет 46,1%;

– начало (дебют) генетически-обусловленного псориаза происходит, в основном, в возрасте от 5 до 20 лет, спорадического – старше 40 лет;

– длительность заболевания у больных I типом псориаза составила, в среднем, 15,4±1,6 лет, II типом – 10,9±1,3 лет.

– большинство больных I типом псориаза находятся в возрасте 21-30 лет, II типом – старше 40 лет;

– клиническое течение генетически-отягощенного псориаза относительно более тяжелое, чем II типа: тяжелые и относительно тяжелые формы заболевания наблюдаются в 1,46 раза чаще; частота рецидивов и длительно-непрерывное течение заболевания встречаются в 1,3 раза больше; больные I типом псориаза к дерматологу обращаются на 27% чаще, на 40% больше нуждаются в стационарном лечении; иммунологические нарушения у них выражены больше.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 7-9 см. в REFERENCES)

1. Бoleвич С.Б., Уразалина А.А. Псориаз: современный взгляд на этиопатогенез // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2013. №2. С. 202-206.
2. Голдсмит Л.А. и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. М.: Панфилов, 2015. Т 1. 1166 с.
3. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 895 с.
4. Олисова О.Ю. Псориаз: эпидемиология, патогенез, клиника, лечение // Consilium medicum. Дерматология. 2010. № 4. С.3-8.
5. Родионов А.Н., Смирнова И.О., Корнишева В.Г. Дерматология для косметологов. СПб: Наука и техника, 2014. 768 с.
6. Соколовский Е.В., Круглова Л.С., Понич Е.С. Болевые точки системной терапии биологическими препаратами при псориазе // Росс. журнал кожных и венер. болезней. 2015. Т.18, №6. С. 32-38.

REFERENCES

1. Bolevich S. B., Urazalina A. A. Psoriasis: modern view at etiopathogenesis [Psoriasis: modern view at etiopathogenesis]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii – Herald of Russian Military Medical Academy*, 2013, No. 2, pp. 202-206.
2. Goldsmit L. A. *Dermatologiya Fitzpatricka v klinicheskoy praktike* [Fitzpatrick's Dermatology in clinical practice]. Moscow, Panfilov Publ., 2015, Vol. 1, 1166 p.

3. *Dermatovenerologiya. Natsionalnoe rukovodstvo. Pod redaktsiey Yu. K. Skripkina* [Dermatovenerology. National guide]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2017. 895 p.

4. Olishova O. Yu. Psoriasis: epidemiologiya, patogenez, klinika, lechenie [Psoriasis: epidemiology, pathogenesis, clinics, treatment]. *Consilium medicum. Dermatologiya - Consilium medicum. Dermatology*, 2010, No. 4, pp.3-8.

5. Rodionov A. N., Smirnova I. O., Kornisheva V. G. *Dermatologiya dlya kosmetologov* [Dermatology for cosmetologists]. St. Petersburg, Nauka i tekhnika Publ., 2014. 768 p.

6. Sokolovskiy E. V., Kruglova L. S., Ponich E. S. Bolevye tochki sistemnoy terapii biologicheskimi preparatami pri psoriaze [The flaws of total systems therapy with biological preparations in psoriasis]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney - Russian Journal of skin and venereal diseases*, 2015, Vol. 18, No. 6, pp. 32-38.

7. Parisi R., Symmons D. P., Griffiths C. E., Ashcroft D. M. Global epidemiology of psoriasis a systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*, 2013, Vol. 133, No. 2, pp. 377-85.

8. James W. D., Berger T., Elston D. *Andrews diseases of the skin: clinical dermatology. Elsevier*, 2015.

9. Kollipara R., Downing C., Gordon R., Tying S. Interleukin-23 in the pathogenesis and treatment of psoriasis. *Skin Therapy Letter*, 2015, Vol. 20, No. 2, pp. 1-4.

Сведения об авторах:

Касымов Олим Исмаилович – профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОвСЗ РТ, д.м.н.
Эмомалиев Джурабек Гадоевич – заочный аспирант кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОвСЗ РТ

Муниева Саида Хамрокуловна – зав. кафедрой дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОвСЗ РТ, к.м.н.
Байзов Бахриддин Асламивич – заместитель орг.-метод. отдела Городского центра кожно-венерологических болезней г. Душанбе

Косымов Аббос Олимджонович – лаборант каф. дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Муниева Саида Хамрокуловна – тел.: (+992) 918691615; e-mail: Saida.M.Pliva@mail.ru

¹Кахарова Р.А., ¹Иброхимов Ю.Х., ²Бахриева З.С.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАГНОЕНИЕМ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА

¹Кафедра колопроктологии ГОУ ИПОвСЗРТ

²ГУ «Хозрасчетный центр колопроктологии», г. Душанбе

¹Kakharova R.A., ¹Ibrohimov Yu.H., ²Bahrieva Z.S.

CHOICE OF SURGICAL TREATMENT TACTICS FOR PATIENTS WITH ACUTE EPITHELIAL COCCYGEAL PASSAGE

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

²State Establishment "Self-supporting center of coloproctology", Dushanbe

Цель исследования. Оптимизировать тактику радикального хирургического лечения больных с острым нагноением эпителиального копчикового хода.

Материал и методы. Работа основана на результатах оперативного лечения 71 больного с острым нагноением эпителиального копчикового хода. Мужчин было 48 (67,6%), женщин – 23 (32,4%). Большая часть пациентов (80,5%) была в возрасте от 15 до 40 лет.

Результаты. Наиболее часто - у 23,8% оперированных - осложнения развивались после экстренного паллиативного вскрытия абсцесса. Несколько реже - 13,4% - они отмечались после экстренных радикальных операций. Наиболее благополучными в этом отношении оказались отсроченные радикальные операции с активной предоперационной подготовкой. Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде составляет 3,7%.

Заключение. Использование отсроченных радикальных операций с активной предоперационной подготовкой в лечении больных с абсцессами при остром нагноении эпителиального копчикового хода позволяет повысить качество хирургического лечения и снизить частоту осложнений данной категории больных.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, абсцесс, предоперационная подготовка, выбор метода операции

Aim. To optimize the tactics of radical surgical treatment of patients with acute suppuration of the epithelial coccygeal passage.

Materials and methods. The work is based on the results of surgical treatment of 71 patients with acute suppuration of the epithelial coccygeal passage. There were 48 men (67,6%), 23 women (32,4%). Most patients (80,5%) were aged 15 to 40 years.

Results. Most often, in 23,8% of the operated, complications developed after an emergency palliative opening of the abscess. Somewhat less often – 13,4% - they were noted after emergency radical operations. The most successful in this regard were delayed radical operations with active preoperative preparation. The complication rate in the early postoperative period is 3,7%.

Conclusion. The use of delayed radical operations with active preoperative preparation in the treatment of patients with abscesses during acute suppuration of the epithelial coccygeal can improve the quality of surgical treatment and reduce the frequency of complications of this category of patients.

Key words: epithelial coccygeal passage, abscess, preoperative preparation, choice of operation methods

Актуальность
Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) встречается у 3-5% взрослого населения [2, 4].

По данным авторов, в колопроктологии на долю ЭКХ приходится 4-20% пациентов [7, 8]. По статистике, острое нагноение эпителиаль-

ного копчикового хода стоит на втором месте по частоте экстренных проктологических заболеваний вслед за острым парапроктитом [1, 2, 3, 6]. Распространённость его среди населения весьма значительна. В основном обнаруживается у лиц молодого и среднего, то есть работоспособного, возраста [4]. Отказ от радикального хирургического лечения приводит к обострениям острого нагноения, повторяющимся от 2 до 8 раз в год, каждый раз вынуждая пациента находиться на стационарном и амбулаторном лечении [1, 5, 9]. Существующие среди хирургов разногласия по вопросам лечебной тактики у больных острым нагноением эпителиального копчикового хода становятся серьезной помехой в деле организации оказания оптимальной хирургической помощи пациентам этой категории. До сих пор нет единого мнения о сроках проведения операции при активной лечебной тактике. С этой целью используют экстренные, срочные и отсроченные хирургические вмешательства, проводимые с интервалом от 1-2 часов до 7-10 суток с момента поступления больного в стационар. Сами оперативные пособия, проводимые у больных, многообразны: это вскрытие и дренирование абсцесса линейным разрезом, марсупиализация, иссечение абсцесса вместе с эпителиально-копчиковым ходом. Широко используются различные методики завершения операции – открытое ведение операционной раны с антисептиками, частичное ушивание раны, подшивание краев раны ко дну, ушивание раны наглухо над дренажом или без него, а также кожная пластика. В этих условиях практически врачам трудно ориентироваться в различных видах лечебной тактики и способах хирургического лечения. До настоящего времени, несмотря на достигнутые успехи и большое количество исследований, посвященных лечению ЭКХ, рецидивы заболевания встречаются у 15-25% больных [1, 2, 5, 6, 8], а послеоперационные осложнения – у 18-30% пациентов [1, 3, 7].

Таким образом, вышеперечисленные обстоятельства свидетельствуют об актуальности этой проблемы, требующей усовершенствования методов хирургического лечения данной патологии.

Цель исследования

Оптимизировать тактику радикального хирургического лечения больных острым нагноением эпителиально-копчикового хода.

Материал и методы исследования

За последние 10 лет в Городской хозрасчетный центр колопроктологии поступил 71 больной с острым нагноением эпителиаль-

ного копчикового хода. Среди них мужчин было 48 (67,6%), женщин – 23 (32,4%), что в 2,2 раза меньше. Большая часть больных (80,5%) была в возрасте от 15 до 40 лет. Выявлена определенная закономерность: до 20 лет среди больных преобладали женщины – в 1,5 раза, во всех других возрастных группах преобладали мужчины.

Всем больным в предоперационном периоде проведено комплексное обследование: клинико-лабораторные методы, бактериологическое и морфологическое исследования, фистулографию, ректороманоскопию и УЗИ. Для определения достоверности различных множественных сравнений использовали критерий Ньюмена-Кейлса. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Мы проанализировали эффективность каждого из использованных нами видов лечебной тактики.

В экстренном порядке был госпитализирован 71 больной с наличием абсцесса в окружности эпителиального копчикового хода. В течение первых суток от момента заболевания поступило только 8 (11,3%) больных. Большинство случаев – 51 (71,8%) – это самообращение в стационар, и только 12 (16,9%) пациентов направлены врачами поликлиники. Более половины пациентов – 38 (53,5%) – поступили для лечения в срок от 1 до 3 суток, у 24 (33,8%) от начала болезни до момента госпитализации прошло от 3 до 5 суток. Остальные 9 (12,7%) пациентов поступили в срок свыше 5 дней от момента заболевания.

У 21 больного (29,6%) в качестве первого этапа двухэтапного лечения произведены экстренные паллиативные вмешательства - вскрытие и дренирование абсцесса. Стационарное лечение у них продолжалось в течение 3-4 дней, амбулаторное долечивание – 12-15 дней. У 7 больных в качестве второго этапа через 2-7 месяцев произведены плановые радикальные операции. У 23 пациентов (32,4%) выполнены экстренные радикальные операции. Сутью операции было иссечение абсцесса и эпителиального копчикового хода. Отличались они только способом завершения пособия: ушивание операционной раны наглухо с выведением дренажа через нижний угол раны (8 больных), подшивание краев кожной раны ко дну (4 больных) и открытое ведение раны (11 больных). У 27 (38%) пациентов выполнено отсроченное радикальное хирургическое лечение с предварительной активной предоперационной подготовкой. Суть операции заключалась в пункции абсцесса и проведение через его полость одного, перфорированного

и перевязанного в средней части микроиригатора. Постоянное проточное дренирование антисептиком продолжается в течение 2-3 дней с последующей отсроченной радикальной операцией. Наиболее часто (16 операций) операцию завершали путем подшивания краев раны ко дну, тогда как открытое ведение раны (7 случая) и ушивание операционной раны наглухо (4 случая) себя не оправдали.

При изучении непосредственных результатов хирургического лечения больных острым нагноением эпителиального копчикового хода необходимо учитывать методы ведения раны в послеоперационном периоде. В первые 3-5 дней после операции для очищения раны использовали 10% мазь бензойной кислоты (патент № ТУ 872 от 24.08.2018 г.), которая способствует быстрому заживлению раны. Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечались у 9 (12,6%) в общей массе больных. Наиболее часто – 7,0% оперированных (5 человек из 21) – осложнения развивались после экстренного паллиативного вскрытия абсцесса. Несколько реже – у 3 (4,2%) больных из 23 ($p < 0,05$) – они отмечались после экстренных радикальных операций. Наиболее благополучными в этом отношении оказались отсроченные радикальные операции с активной предоперационной подготовкой. Осложнения в раннем послеоперационном периоде обнаружены у 1 больного из 27, что составляет 1,4% ($p < 0,05$).

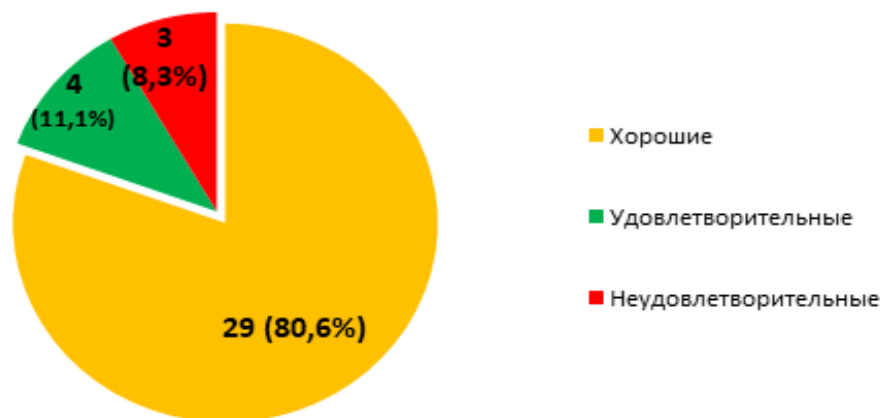
В структуре ранних послеоперационных осложнений наблюдались нагноение раны – у 6 (66,7%) пациентов, некроз кожного края раны – у 2 (22,2%). Немаловажным фактором, определяющим эффективность того или иного вида лечебной тактики, является оценка сроков лечения больных, в особенности длительности стационарного периода. Установлено, что продолжительность пребывания пациентов в стационаре по окончании оперативного лечения составила в среднем $7,2 \pm 0,9$ дня, а средняя длительность пребывания в отделении с учетом дооперационного периода – $9,2 \pm 0,8$ дня.

Меньше всего находились на лечении больные (21 человек) после экстренных паллиативных вмешательств, в среднем $6,1 \pm 0,8$ дня. В группе больных, которым произведены экстренные радикальные операции (23 человек), средняя длительность стационарного лечения равна $8,8 \pm 1,4$ дня. Несколько меньшим был срок лечения у 27 больных, которым произведены отсроченные радикальные операции ($7,9 \pm 0,3$ дня). Если учесть, что активная предоперационная подготовка занимала в среднем $2,2 \pm 0,4$ дня, то послеоперационное лечение было самым коротким и не превышало $5,7 \pm 0,7$ дней ($p < 0,05$).

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения больных острым нагноением эпителиального копчикового хода подтвердило преимущество отсроченных радикальных операций с предоперационной подготовкой. Амбулаторное долечивание у таких больных было наиболее коротким, составив в среднем $10 \pm 0,9$ дня ($p < 0,05$), тогда как после паллиативных операций наблюдение в поликлинике продолжалось в течение $13,5 \pm 1,3$ дней, а для долечивания больных после экстренных радикальных операций потребовалось $16,3 \pm 1,6$ дня.

Отдаленные результаты лечения изучены у 36 (50,7%) из 71 пациента, которым было проведено хирургическое лечение в Городском хозрасчетном центре колопроктологии с 2008 по 2018 гг., в сроки от 1 года до 9 лет. Для оценки отдаленных результатов хирургического лечения нами применены следующие критерии:

1. хорошие – отсутствие рецидива заболевания и осложнений;
2. удовлетворительные - отсутствие рецидива заболевания, но наличие осложнений (дискомфорт, деформация ягодично-крестцово-копчиковой области);
3. неудовлетворительные – рецидив заболевания и наличие осложнений (дискомфорт, разрастание келоидных рубцов, деформация ягодично-крестцово-копчиковой области (рис.).



Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 36 (50,7%) больных. При этом у 11 (30,6%) пациентов из 23 после экстренных радикальных операций, у 10 (27,7%) после отсроченных радикальных операций и у 15 (41,7%) после двухэтапного лечения. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 91,7% обследованных (33 пациента). Уровень неудовлетворительных результатов составил 8,3%, они отмечены в 3 случаях. В 2 случаях среди поздних осложнений наблюдалось длительное заживление раны и в 1 случае - рецидив острого нагноения.

Заключение

Таким образом, многие параметры указывают на преимущество отсроченных радикальных операций с активной предоперационной подготовкой в лечении пациентов с абсцессами при остром нагноении эпителиального копчикового хода.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-9 см. в REFERENCES)

1. Гулов М.К., Зубайдов Т.Н., Иброхимов Ю.Х. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения сложных форм эпителиального копчикового хода // Вестник Авиценны. 2016. №4. С. 5-15.
2. Жданов А.И., Кривonosov С.В., Брежнев С.Г. Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода: клинико-анатомические аспекты // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2013. Т.6, № 3. С. 386-390
3. Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Кораблина С.С. с соавт. Комплексный подход к лечению эпителиального копчикового хода // Медицинский вестник Юга России. 2016. №2. С. 64-69.
4. Мухаббатов Д.К., Каримов Ш.А. с соавт. Оптимизация предоперационной подготовки больных со сложными формами свищей прямой кишки // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2017. Т.21, №1. С.52-56
5. Помазкин В.И. Модифицированная кожная пластика по Лимбергу при лечении эпителиального копчикового хода // Хирургия. 2015. №5. С. 51-55.

REFERENCES

1. Gulov M. K., Zubaydov T. N., Ibrokhimov Yu. Kh. Sovershenstvovanie metodov diagnostiki i khirurgichesk-

ogo lecheniya slozhnykh form epiteliynogo kopchikovogo khoda [Improving methods of diagnostics and surgical treatment of complex forms of epithelial coccygeal stroke]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2016, No. 4, pp. 5-15.

2. Zhdanov A. I., Krivonosov S. V., Brezhnev S. G. Khirurgicheskoe lechenie epiteliynogo kopchikovogo khoda: kliniko-anatomicheskie aspekty [Clinical and Anatomical Aspects of Surgical Treatment of Sacrococcygeal Pilonidal Sinus Disease]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii – Bulletin of experimental and clinical surgery*, 2013, Vol. 6, No. 3, pp. 386-390

3. Lavreshin P. M., Gobedzhishvili V. K., Korablina S. S. Kompleksnyy podkhod k lecheniyu epiteliynogo kopchikovogo khoda [Comprehensive approach to pilonidal sinus treatment]. *Meditsinskiy vestnik Yuga Rossii - Medical Bulletin of the South of Russia*, 2016, No. 2, pp. 64-69.

4. Mukhabbatov D. K., Karimov Sh. A. Optimizatsiya predoperatsionnoy podgotovki bolnykh so slozhnymi formami svishchey pryamoy kishki [Optimization of preoperative preparation for patients with complex forms of rectum fistula]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana – Herald of Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2017, Vol. 21, No. 1, pp. 52-56

5. Pomazkin V. I. Modifitsirovannaya kozhnaya plastika po Limbergu pri lechenii epiteliynogo kopchikovogo khoda [Modified skin plastic by Limberg in the treatment of epithelial coccygeal stroke]. *Khirurgiya – Surgery*, 2015, No. 5, pp. 51-55.

6. Demiryilmaz Ismail et al. Application of fasciocutaneous V-Y advancement flap in primary and recurrent sacrococcygeal pilonidal sinus disease. *Medical Science Monitor*, 2014, Vol. 20, pp. 1263-1266.

7. Holmebakk T., Nesbakken A. Surgery for pilonidal disease. *Scandinavian Journal of Surgery*, 2015, Vol. 94, No. 1, pp. 43-6.

8. V. de Parades et al. Pilonidal sinus disease. *Journal of Visceral Surgery*, 2013, Vol. 150, pp. 237-247.

9. Zorcolo L. et al Surgical treatment of pilonidal disease. Results with the Bascom's technique. *Minerva chirurgica*, 2014, Vol. 59. No. 4, pp. 387-95.

Сведения об авторах:

Кахарова Раъно Абдурауфовна – зав. кафедрой колопроктологии ИПОвСЗ РТ

Иброхимов Юсуф Хасанович – ассистент кафедры колопроктологии ИПОвСЗ РТ

Бахриева Зевар Сухбатджоновна – главный врач Городского центра здоровья №9 г. Душанбе

Контактная информация:

Кахарова Раъно Абдурауфовна – тел.: (+992)7769471

Маликоева С.А.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Malikoeva S.A.

PRENATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH OBSTETRIC BLEEDINGS

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

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы у женщин, переживших акушерские кровотечения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 255 карт новорожденных у женщин, беременность, роды и послеродовый период которых осложнились акушерскими кровотечениями. В основную – I группу - вошла 161 пациентка с послеродовым кровотечением (ПК), во II группу – сравнения – 61 женщина с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП), в III группу – 33 женщины с предлежанием плаценты (ПП). Контрольную группу составили 100 родильниц без акушерских кровотечений.

Результаты. Перинатальные исходы у женщин, переживших акушерские кровотечения, представлены, в основном, доношенными новорожденными (60,1±2,9%). Установлено, что в структуре перинатальной заболеваемости лидирует тяжелая асфиксия (60,0±1,6%), у каждого второго новорожденного диагностирована внутриутробная инфекция - пневмония (11,4±1,0%). Среди матерей, переживших акушерские кровотечения, установлен недостаточный антенатальный уход (43,2%); каждая вторая была повторнородящей (51,6); имели низкий социальный статус и неудовлетворительные бытовые условия 70% и высокую частоту экстрагенитальной патологии - 65,3%.

Заключение. У женщин, перенесших кровотечение, установлена высокая частота перинатальной смертности и заболеваемости, в том числе тяжелая асфиксия и внутриутробная пневмония. Проведение клинического аудита перинатальных потерь позволит решить организационные вопросы, снизить частоту перинатальной заболеваемости и смертности у данной категории женщин.

Ключевые слова: перинатальная смертность, перинатальная заболеваемость, доношенные, недоношенные, репродуктивный возраст

Aim. To study perinatal outcomes in women who have experienced obstetric bleeding.

Materials and methods. A retrospective analysis of 255 cards of newborns in women whose pregnancy, childbirth and the postpartum period were complicated by obstetric bleeding was performed. The main group - I group - included 161 patients with postpartum hemorrhage (PC), the II group – comparisons – 61 women with premature detachment of the normally located placenta (PDNLP), and the III group – 33 women with placenta previa (PP). The control group consisted of 100 puerperas without obstetric bleeding.

Results. Perinatal outcomes in women who survived obstetric hemorrhage are represented mainly by full-term newborns (60,1 ± 2,9%). It was established that severe asphyxia is leading in the structure of perinatal morbidity (60,0 ± 1,6%), every second newborn is diagnosed with intrauterine infection – pneumonia (11,4 ± 1,0%). Among mothers who survived obstetric bleeding, insufficient antenatal care was established (43,2%); every second was multiparous (51,6); had a low social status and unsatisfactory living conditions of 70% and a high incidence of extragenital pathology – 6,3%.

Conclusion. Women who have had bleeding have a high incidence of perinatal mortality and morbidity, including severe asphyxia and intrauterine pneumonia. A clinical audit of perinatal losses will help to solve organizational issues, reduce the incidence of perinatal morbidity and mortality in this category of women.

Key words: perinatal mortality, perinatal morbidity, full-term, premature, reproductive age

Актуальность

В настоящее время достигнут прогресс в области улучшения здоровья матери и ребенка в Европейском регионе ВОЗ, однако, число перинатальных потерь во многих странах по-прежнему остается очень высоким [1, 2, 11]. Особую значимость в современных условиях приобретает необходимость снижения перинатальной смертности за счет совершенствования системы оказания антенатальных услуг и медицинской помощи в родах [1, 11]. Известно, что одним из демографических показателей страны является показатель материнской смертности [5, 6, 7, 8, 9, 11]. Обобщенная статистика развитых и развивающихся стран показывает, что акушерские кровотечения занимают одну из лидирующих позиций в структуре причин материнской смертности и неблагоприятных перинатальных исходов [10, 11, 12]. В Таджикистане достигнут заметный прогресс в области улучшения здоровья матери и ребенка, однако, число перинатальных потерь по-прежнему остается высоким [3, 4, 6]. Вышеуказанное определило цель исследования.

Цель исследования

Изучить перинатальные исходы у женщин, переживших акушерские кровотечения.

Материал и методы исследования

Проанализированы ежегодные статистические сборники Национального центра статистики и медицинской информации, годовые отчеты (ГУ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ) за 2014-2018 гг. По специально разработанной анкете путем ретроспективных иссле-

дований проанализированы 255 карт новорожденных и истории родов матерей, которые перенесли акушерские кровотечения (роды произошли в ГУ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ – стационар третьего уровня) за период с 2014 по 2017 гг. В вопроснике были рассмотрены: социальный статус, возраст матери, индекс массы тела, паритет родов, наличие соматической патологии, экстрагенитальные заболевания, контрацептивный анамнез, особенности акушерско-гинекологического анамнеза, интергенетический интервал, осложнения настоящей беременности, масса тела ребенка при рождении. Основную – I группу – составила 161 пациентка с послеродовым кровотечением (ПК), II – группу сравнения – 61 женщина с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП), в III группу включены 33 женщины с предлежанием плаценты (ПП). В контрольную группу вошли 100 родильниц без акушерских кровотечений.

Статистическая обработка проведена с использованием программы IBM SPSS Statistic сборка 1.0.0.1298 (M±m, t-критерий Стьюдента; U-критерий Манна-Уитни, χ^2).

Результаты и их обсуждение

Установлено, что перинатальные исходы у женщин, переживших акушерские кровотечения, были следующими: доношенными родились 184 (60,1±2,9%) новорожденных, недоношенными – 66 (35,9±14,5%), антенатальная гибель установлена у 5 (1,9%). Умеренная асфиксия установлена 28 (45,9±5,9%) случаев у пациенток с ПОНРП, что в 1,7 раза больше (27,3±7,7%), по сравнению с пациентками с предлежанием плаценты (табл.).

Перинатальные исходы у «едва выживших» родильниц при акушерских кровотечениях

	<i>Отслойка плаценты n=61 (p1)</i>	<i>Предлежание плаценты n=33 (p2)</i>	<i>Послеродовое кровотечение n=161 (p)</i>
Доношенный	33 (54,1±6,4%)	14 (42,4±8,6%)	137 (5,1±2,9%)*
Недоношенный	25 (40,9±6,3%)*	17 (51,5±8,7%)	24 (14,9±2,8%)*
Антенатальная гибель	3 (4,9±2,8%)	2 (6,1±4,1%)	
Домашние роды			7 (4,3±1,6%)
Умеренная асфиксия	28 (45,9±5,9%)	9 (6,3±7,7%)	14 (8,7±2,2%)
Тяжелая асфиксия	11 (18±4,9%)	7 (21,2±7,7%)	2 (1,2±0,8%)**
Без асфиксии	22 (36,1±6,1%)*	25 (75,7±7,4%)	158 (98,1±1,0%)
Средняя масса тела новорожденных	2701,0±149	2059,2±178	3514,1±52,5**
Средний рост новорожденных	46,3±1,0	40,0±1,6	48,8±1,3*

Примечание: ** - $p < 0,01$

Среди доношенных новорожденных в структуре перинатальной заболеваемости асфиксия составляла $60,0 \pm 1,6\%$, внутриутробная инфекция – $13,8 \pm 1,0\%$. Среди недоношенных новорожденных тяжелая асфиксия составляла $35,8 \pm 1,3\%$, внутриутробная инфекция – $13,0 \pm 1,0\%$.

Среди проанализированных случаев средний возраст женщин с акушерскими кровотечениями составлял $29,4 \pm 0,4$ года. Каждая вторая была домохозяйкой ($58,0\%$), более 60% имели среднее незаконченное образование ($69,8 \pm 5,7\%$), более 70% – низкий социальный статус и у $58,4\%$ имелся зарегистрированный брак. Бытовые условия были удовлетворительными у $88,6\%$, $76,8\%$ проживали в отдельной квартире. Установлено, что практически здоровых пациенток в период исследования не было. В структуре экстрагенитальной патологии лидировали анемия различной степени тяжести ($98,1 \pm 5,2\%$) и заболевания почек ($32,1 \pm 5,2\%$). Каждая вторая была повторнородящей ($51,6 \pm 3,9\%$), каждая третья – первородящей ($29,1 \pm 5,7\%$).

Установлено, что состояли на учете по поводу настоящей беременности $45,1 \pm 3,1\%$, остальные ($54,9\% \pm 3,6\%$) не наблюдались у акушера-гинеколога по неизвестным причинам. Направление от акушера-гинеколога или акушерки имели только $30,9 \pm 3,4\%$ госпитализированных, остальные $69,0 \pm 3\%$ не имели сопроводительного листа.

Заключение

У женщин, перенесших кровотечение, установлена высокая частота перинатальная смертность и заболеваемости. Выявлены факторы риска, определяющие перинатальные исходы у женщин, переживших акушерские кровотечения, каковыми являются: возраст матери, паритет, ненадлежащий антенатальный уход, высокая частота экстрагенитальной патологии у матери.

Проведение клинического аудита перинатальных потерь с систематизированным анализом каждого отдельного случая перинатальных исходов у матерей, переживших акушерские кровотечения в родовспомогательных учреждениях, способствует своевременному решению организационных вопросов, снижению частоты перинатальной заболеваемости и смертности у данной категории женщин.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

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

1. Буштырев В.А., Зубков В.В., Кузнецова Н.Б., Барина В.В. Перинатальный аудит и модель «neonatal near miss» как современные формы управления качеством медицинской помощи в неонатологии // Акушерство и гинекология. 2017. №2. Р. 17-22.

2. Ежегодные статистические сборники Национального Центра медицинской статистики МЗиСЗН РТ за 2014-2018 гг.

3. Государственная программа по репродуктивному здоровью на период 2019-2022 годы. Постановление Правительства РТ № 326 от 22.06.2019 г.

4. Давлатзода Г.К., Камилова М.Я. с соавт. Структура и частота акушерских кровотечений в Таджикистане // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2019. №2. С.10-14

5. Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А., Кривонос М.И. Стратегия преодоления материнской смертности, обусловленной кровотечением. //Журнал акушерства и женских болезней. 2015. Т. L XIV, №2. С. 33-41.

6. Камилова М.Я., Касымова Ш.С. Перинатальные исходы у беременных с различными проявлениями варикозной болезни // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2017. Т.21, №1. С.43-46

7. Мухамадиева С.М., Узакова У.Д., Маликоева С.А., Абдуллоева Р.А., Мирзобекова Б.Т. Медико-социальная характеристика «едва выживших» женщин при послеродовых акушерских кровотечениях // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2019. Т. IX, № 3(31). С. 270-275 DOI: 1031712/2221-7355-2019-9-3-270-277

8. Отчет национального комитета по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности в Республике Таджикистан. ВОЗ и Ассоциация акушеров-гинекологов Республики Таджикистан. Душанбе, 2014. 29 с.

9. Цели развития Тысячелетия. Доклад ВОЗ за 2015 г. Нью-Йорк: ООН, 2015.

RESERENSES

1. Bushtyrev V. A., Zubkov V. V., Kuznetsova N. B., Barinova V. V. Perinatalnyy audit i model «neonatal near miss» kak sovremennyye formy upravleniya kachestvom meditsinskoy pomoshchi v neonatologii [Perinatal audit and the "neonatal near miss" model as modern forms of quality management of medical care in neonatology]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2017, No. 2, pp. 17-22.

2. *Ezhegodichnye statisticheskie sborniki Natsionalnogo Tsentra meditsinskoy statistiki MZiSZN RT za 2014-2018 gg* [Annual statistical compilations National Center for health statistics msiss of the Republic of Tadjikistan for 2014-2018.].

3. *Gosudarstvennaya programma po reproduktivnomu zdoroviyu na period 2019-2022 gody* [State program on reproductive health for the period 2019-2022].

4. Davlatzoda G. K., Kamilova M. Ya. Struktura i chastota akusherskikh krvotacheniy v Tadjikistane [Structure and frequency of obstetric bleedings in Tajikistan].

Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere, 2019, No. 2, pp. 10-14.

5. Zaynulina M. S., Korniyushina E. A., Krivonos M. I. Strategiya preodoleniya materinskoy smertnosti, obuslovennoy krovotечeniem [Strategy of prevention of bleeding-related maternal mortality]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney – Journal of obstetrics and women's diseases*, 2015, Vol. 64, No. 2, pp. 33-41.

6. Kamilova M. Ya., Kasymova Sh. S. Perinatalnye iskhody u beremennykh s razlichnymi proyavleniyami varikoznoy bolezni [Perinatal outcomes in pregnant with various forms of varicose disease]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Herald of Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2017, Vol. 21, No. 1, pp. 43-46

7. Mukhamadieva S. M., Uzakova U. D., Malikoeva S. A., Abdulloeva R. A., Mirzobekova B. T. Mediko-sotsialnaya kharakteristika «edva vyzhivshikh» zhenshchin pri poslerodovykh akusherskikh krovotечeniyakh [Medical and social characteristics of "near miss" women with postpartum obstetric hemorrhages]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Herald of Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2019, Vol. 9, No. 3(31). pp. 270-275

8. *Otchet natsionalnogo komiteta po konfidentsialnomu rassledovaniyu sluchaev materinskoy smertnosti v Respublike Tadjikistan. VOZ i Assotsiatsiya akusherov-ginekologov Respubliki Tadjikistan* [Report of the national Committee for confidential investigation of maternal deaths in the

Republic of Tajikistan. Who and the Association of obstetricians and gynecologists of the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 2014. 29 p.

9. *Tseli razvitiya Tsyacheletiya. Doklad VOZ za 2015 g* [Millennium development goal. Who report for 2015]. New-york, 2015.

10. Bloemenkamp K. W. Validating the WHO Maternal Near Miss Tool in a highincome country. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2016, Vol. 95, No. 1, pp. 106-11.

11. Santos J. P., Cecatti J. G., Serruya S. J., Almeida P. V., Duran P., de Mucio B. et al.; for the PAHO Neonatal Near Miss Working Group. Neonatal Near Miss: the need for a standard definition, appropriate criteria and rationale for a prospective surveillance system. *Clinics (Sao Paulo)*, 2015, Vol. 70, No. 12, pp. 820-6.

12. *The impact of implementation of 'Beyond the numbers' approach in improving maternal and perinatal health. 29-30 April 2014, Bishkek, Kyrgyzstan*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2014.

Сведения об авторе:

Маликоева Соджиди Амралиевна – заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Маликоева Соджиди Амралиевна – тел.: (+992) 555553481

Мирзабекова Б.Т.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗРТ

Mirzabekova B.T.

POTENTIAL RISK FACTORS OF PERINATAL LOSSES

Department of Obstetrics and Gynecology №1 of State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Установить значимые факторы риска развития перинатальных потерь (ПП) в регионе.

Материал и методы. Проведен анализ ежегодных статистических сборников Национального Центра статистики и медицинской информации Республики Таджикистан за период 2014-2018 гг., годовых отчетов ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии». Путем ретроспективного анализа изучены материалы первичной документации 430 женщин с ПП. Основная группа – 160 доношенных новорожденных (масса 2500 г и выше). Группа сравнения – 170 недоношенных новорожденных при сроке гестации 22-37 недель (масса менее 2000 г). Критерии исключения: врожденные пороки развития плода. Контрольная группа – 100 живых здоровых новорожденных. Сплошным методом проанализированы 2000 случаев перинатальных потерь.

Результаты. В целом по стране за последние 5 лет установлена неустойчивая тенденция снижения перинатальной смертности (от 10,8 до 7,4 на 1000 живорожденных). Установлена зависимость ПП от качества оказания медицинских услуг на антенатальном уровне, возраста матери, паритета, срока гестации, массы новорожденных. Установлена высокая частота ранней перинатальной смертности среди недоношенных новорожденных, в структуре которой лидирующей является асфиксия тяжелой степени, дыхательная недостаточность и внутриутробные инфекции.

Заключение. Установлены потенциальные факторы риска перинатальной смертности, указывающие на организационные аспекты оказания медицинских услуг. Полученные результаты диктуют необходимость проведения клинического анализа каждого случая перинатальной смертности (случаев «near miss», «почти потерянных», «едва не умерших») как резерва улучшения качества перинатальной помощи и снижения перинатальной заболеваемости и смертности в регионе.

Ключевые слова: перинатальная смертность, перинатальные потери, перинатальная заболеваемость, доношенные, недоношенные

Aim. To establish significant risk factors for the development of perinatal losses (PL) in the region.

Materials and methods. The analysis of the annual statistical collections of the National Center for Statistics and Medical Information of the Republic of Tajikistan for the period 2014-2018, the annual reports of the State Institution "Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" is carried out. Through retrospective analysis, the materials of the primary documentation of 430 women with PL were studied. The main group – 160 full-term newborns (weight 2500 g and above). Comparison group – 170 preterm infants with gestational age of 22-37 weeks (weight less than 2000 g). Exclusion criteria: congenital malformations of the fetus. The control group – 100 live healthy newborns. The continuous method analyzed 2,000 cases of perinatal loss.

Results. In the whole country over the past 5 years, an unstable tendency has been established to reduce perinatal mortality (from 10,8 to 7,4 per 1000 live births). The dependence of PL on the quality of medical services at the antenatal level, maternal age, parity, gestational age, and weight of newborns was discovered. A high frequency of early perinatal mortality among preterm infants has been discovered, in the structure of which the leading cause is severe asphyxiation, respiratory failure, and intrauterine infections.

Conclusion. Potential risk factors for perinatal mortality have been identified, indicating organizational aspects of the provision of medical services. The obtained results dictate the need for a clinical analysis of each case of perinatal mortality ("near miss", "almost lost", "nearly dead" cases) as a reserve for improving the quality of perinatal care and reducing perinatal morbidity and mortality in the region.

Key words: perinatal mortality, perinatal losses, perinatal morbidity, mature, premature, in-born fetus, malformation, reproductive age

Актуальность

Перинатальная смертность (ПС) – число мертворожденных и умерших в возрасте до 7 дней на 1000 родившихся живыми и мертвыми – представляет собой важный медико-демографический показатель. ПС одновременно отражает уровень акушерской и неонатальной помощи в стране [6, 7, 8-10]. Важность анализа ПС состоит в том, что факторы, способствующие наступлению летального исхода у плода и новорожденного, в первую очередь являются дефектом медицинской помощи, в концентрированном виде они отражают негативные факторы и недостатки, имеющиеся и у выживших детей. Анализ уровня, структуры и причин ПС позволяет определить пути совершенствования организации и качества перинатальной помощи [3, 6, 9-11].

Отсутствие методологии оценки репродуктивных потерь является фактором, препятствующим однозначной оценке их уровня и структуры и исключает возможность их системного анализа [1, 2, 4, 12].

Доказано, что расследование отдельных случаев смерти новорожденных позволит выявить глубинные причины и понять, что необходимо сделать, чтобы предотвратить аналогичные случаи в будущем. В большинстве развитых и развивающихся стран предметом систематического изучения многих исследователей является анализ случаев «near miss» («почти потерянных», «едва не умерших») в контексте материнской и неонатальной заболеваемости, направленный на улучшение качества помощи, оказываемой всем матерям и новорожденным [5, 7, 8, 10, 11].

К настоящему времени в Таджикистане не проводилось целенаправленных исследований по вышеуказанным аспектам, что определило цель исследования..

Цель работы

Установить значимые факторы риска развития перинатальных потерь (ПП) в регионе.

Материал и методы исследования

Проанализированы ежегодные статистические сборники Национального центра статистики и медицинской информации за последние пять лет (2014-2018 гг.), годовых

отчетов учреждения третьего уровня – ГУ Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии (ТНИИ АГиП) МЗиСЗН РТ. Путем ретроспективного анализа изучены материалы первичной документация (формы 029 (применяемая до 2017 года), 111 (применяемая после 2017 года) «Индивидуальная карта беременной и родильницы», форма 087 «Обменная карта беременной, родильницы и новорожденного», форма №096/т «История родов») 430 женщин с перинатальными потерями. Критерия включения: беременные, роженицы и родильницы с перинатальными потерями. Основную группу составили 170 доношенных новорожденных, умерших в антенатальном, интранатальном и неонатальном периодах (масса 2500 и выше). Группу сравнения составили 160 недоношенных новорожденных в сроке гестации от 22-37 недель и массой менее 2000 г. В контрольную группу вошли 100 живых здоровых новорожденных. Оценка новорожденных проводили по шкале Апгар на первой и пятой минутах после рождения. Критерии исключения: врожденные пороки развития плода.

Статистическая обработка проведена с использованием программы Microsoft Excel (M-t, t-критерий Стьюдента; U-критерий Манна-Уитни).

Результаты и их обсуждение

Анализ официальных источников показал, что в целом по стране за последние 5 лет значение показателя перинатальной смертности снижалось с 10,8 до 7,4 на 1000 живорожденных (рис. 1).

Несмотря на тенденцию снижения перинатальной смертности в 2018 г., данные показатели по нашей стране значительно превосходят аналогичные по Российской Федерации. Согласно последним данным, ПС составляла в 2014 году 3,1 на 1000 живорожденных, а в 2016 – 2,1±2,0, то есть почти в 3,5 раза выше [2]. По данным российских авторов, пренатальные потери до 28 недель гестации составляют суммарно 89,1%, а фето-инфантильные потери (мертворожденные и умершие дети первого года жизни) - 10,9% [3, 7]. Следовательно, в нашей стране этот показатель значительно выше.

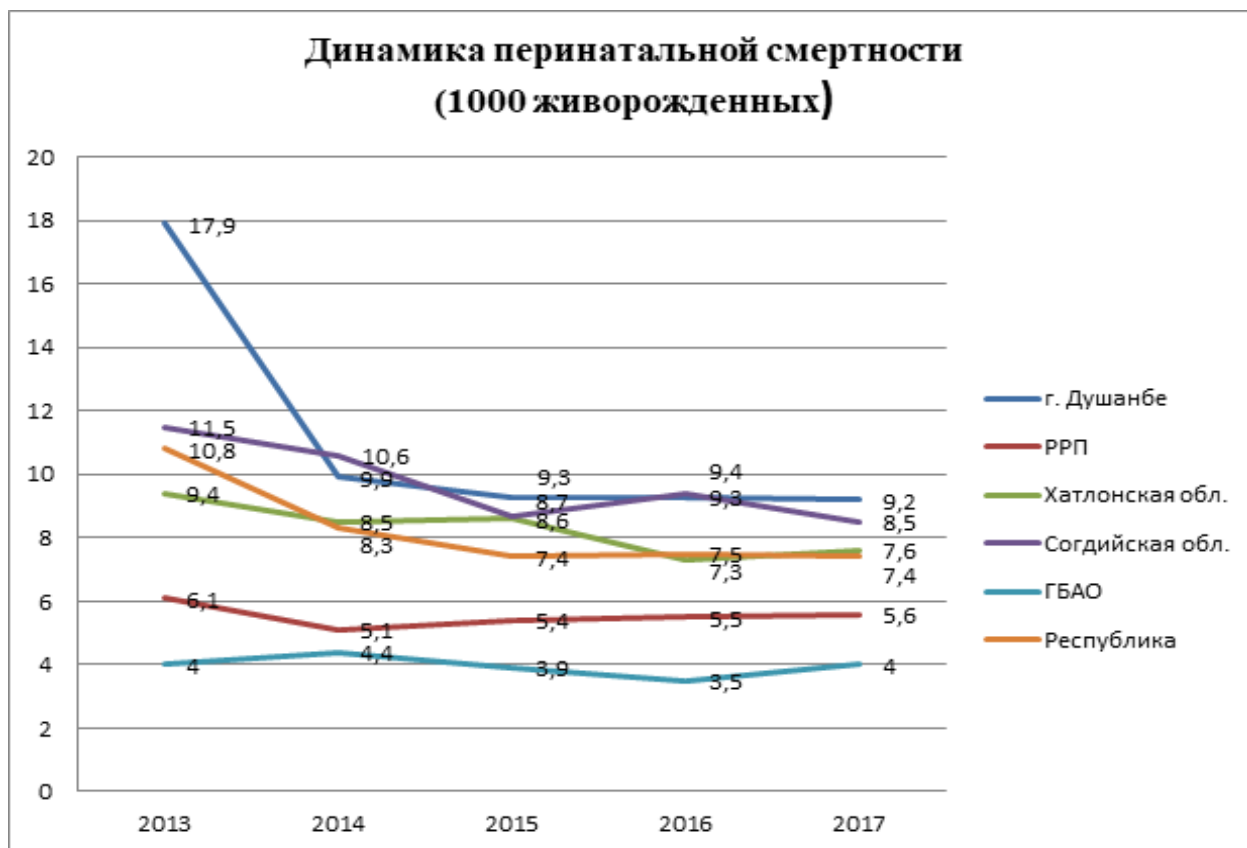


Рис. 1. Данные ежегодных статистических сборников Национального центра статистики и медицинской информации Республики Таджикистан

При анализе первичной медицинской документации 330 женщин с перинатальными потерями установлено, что средний возраст составил 29,1 лет. Установлено, что более 80% ($82,3 \pm 5,2\%$) были сельскими жительницами, каждая вторая - домохозяйкой ($58,0 \pm 4,7\%$), более 60% ($69,8 \pm 5,7\%$) имели среднее незаконченное образование, более 70% ($75,6 \pm 5,7\%$) - низкий социальный статус. Анализ паритета женщин показал, что первородящих ($26,5 \pm 5,7\%$) и повторнородящих ($53,3 \pm 5,3\%$) было значительно больше, чем многорожавщих женщин ($19,2 \pm 5,4\%$). Анализ экстрагенитальной патологии, установил, что в её структуре лидировала железодефицитная анемия ($89,6 \pm 5,5\%$), заболевания мочевыделительной системы ($81,2 \pm 5,6\%$), у каждой второй пациентки установлены йоддефицитные заболевания ($53,7 \pm 4,9\%$) и заболевания желудочно-кишечного тракта ($51,5 \pm 5,7\%$). Контрацептивный анамнез показал, что из общего количества обследованных не использовали методы предохранения от нежелательной беременности 43,8±4,3% женщин, среди остальных 56,2±3,1% каждая третья ($32,6 \pm 3,1\%$) использовали в прошлом внутриматочные спирали, каждая десятая пациентка принимала оральные контра-

цептивы ($10,0 \pm 3,1\%$) и 13,6±2,9% супружеских пар предпочитали презервативы. Таким образом, основной контингент женщин с перинатальными потерями составляли социально-неблагополучные беременные с высокой частотой экстрагенитальной патологии и низкой информированностью об использовании современных контрацептивов.

Аналитическое изучение данных медицинской документации позволило выявить ряд антенатальных факторов. Установлено, что более половины беременных ($54,9\% \pm 3,6\%$) не наблюдались у акушера-гинеколога по неизвестным причинам.

Данные показали, что среди пациенток с ПП не состояли на учете в Центрах репродуктивного здоровья $42,9\% \pm 3,8\%$ беременных, что почти в 2 раза больше, по сравнению с контрольной группой ($20,3 \pm 8,5\%$) ($p < 0,01$). Более 60% были поздно взяты на учет (с антенатальной гибелью плода – 58,1%, с интранатальной гибелью – 55,0%, с неонатальной гибелью – 57,3%). Из категории женщин с ПП 61,2% были охвачены антенатальной помощью после 12 недель беременности и 48,8% – после 22 недель, что в 2 раза выше, по сравнению с женщинами контрольной группы. Учреждения первичной медико-са-

нитарной помощи в антенатальном периоде за весь период гестации 72,4% беременных посещали всего 3 раза.

Консультация смежных специалистов была проведена 65,3% пациенткам. Установлено, что антенатальное наблюдение проводилось семейными врачами в 48,2% случаев, акушерками - 7,1% и каждая вторая - акушерками-гинекологами. Анализ данных показал ненадлежащий объем обследования (54,2%) и несоблюдение региональных стандартов (58,1%).

Направление от акушера-гинеколога или акушерки имели только 79 (30,9±3,4%) госпитализированных женщин, остальные 176 (69,0±3,%) не имели сопроводительного

листа. В группе родильниц с ПП без направления в стационар поступили 75,2±3,4%.

При анализе перинатальных потерь установлено, что большую часть проанализированных случаев (55,4%) составляла ранняя неонатальная смертность (до 7 суток после родов), антенатальная гибель плода (смертность — в период от 22 недель до начала родов) зарегистрирована в 36,5% случаев, интранатальная (смертность во время родов) - в 8,1%.

Сплошным методом проанализированы 2000 случаев перинатальных потерь, из которых более 80% составляли недоношенные, которых было 1544 (86,7±2,3%), остальные 236 (13,2±2,3%) были доношенными (рис. 2).

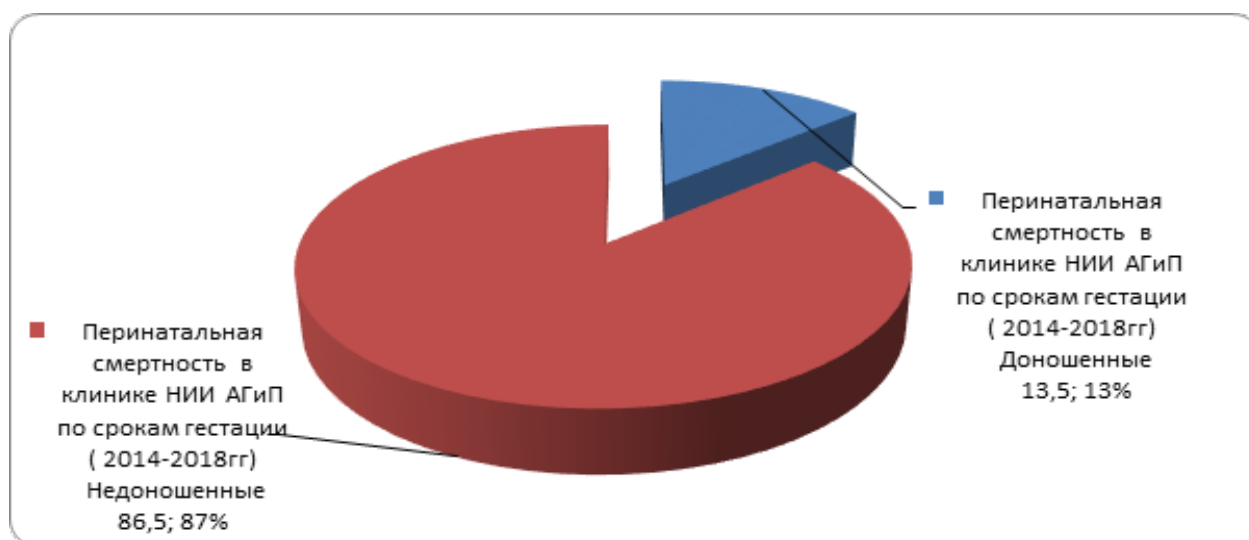


Рис. 2. Перинатальная смертность в клинике НИИ АГиП по срокам гестации (2014-2018 гг.)

По определению ВОЗ, при определении доношенности и недоношенности следует принимать во внимание продолжительность беременности и учитывать рост плода (новорожденного), массу, а также другие признаки, характеризующие зрелость. По данным доклада экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно в мире около 15 млн. детей рождаются преждевременно (1 из 10 новорожденных), причем 12,5 млн (84%) - в сроки 32-37 недель [8, 11].

Установлено, что более чем в 40% (45,3±1,0%) отмечалась досуточная смертность новорожденных, причиной которой, несомненно, является позднее обращение за медицинской помощью и, соответственно, поздняя госпитализация. По данным ВОЗ, неонатальная смертность – это смертность среди детей грудного возраста в первые полные 7 дней жизни в течение календарного года (МКБ-10). Критерии соответствуют

определениям случаев, принятым в странах. Учету подлежат все живорожденные, обычно с массой тела при рождении более 500 г. Эти данные используются для расчета показателя ранней неонатальной смертности.

Как видно из представленных данных, большая часть перинатальных потерь (76,8-80,6%) в течение анализируемого периода установлена при массе тела менее 2000 г (рис. 4).

При анализе 330 случаев перинатальной заболеваемости среди доношенных новорожденных установлено, что асфиксия тяжелой степени являлась причиной смерти детей в 26,6±6,0% случаев в 2014 г. В 2015 г. этот показатель уменьшился в 1,8 раза (14,5±6,8%), а в 2018 г. – в 1,4 раза (19,0±6,1%, p<0,05).

От внутриутробной пневмонии погиб каждый пятый ребенок (21,4±5,5%), в 2015 г. этот показатель снизился в 6 раз (3,6±2,5%), в 2018 г. – в 1,8 раза (12,0±5,0%, p<0,05). Коли-

чество умерших от внутриутробного сепсиса снизилось с $7,1 \pm 3,4\%$ в 2014 г. в 3 раза в 2018 г. ($2,4 \pm 2,3\%$, $p < 0,05$). Установлены высокие цифры травмы шеи: в 2014 году от этой па-

тологии погибли $1,7 \pm 1,8\%$ новорожденных, в 2016 году эта цифра увеличилась почти в 8 раз ($13,3 \pm 5,1\%$), а в 2018 – уменьшилась в 1,4 раза ($9,5 \pm 4,4\%$) ($p < 0,05$).

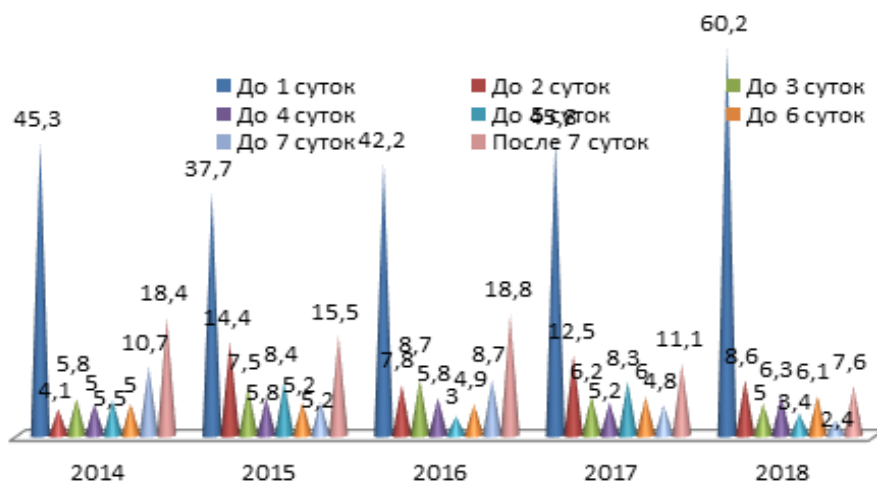


Рис. 3. Ранняя перинатальная смертность в клинике НИИ АГиП (2014-2018 гг.)

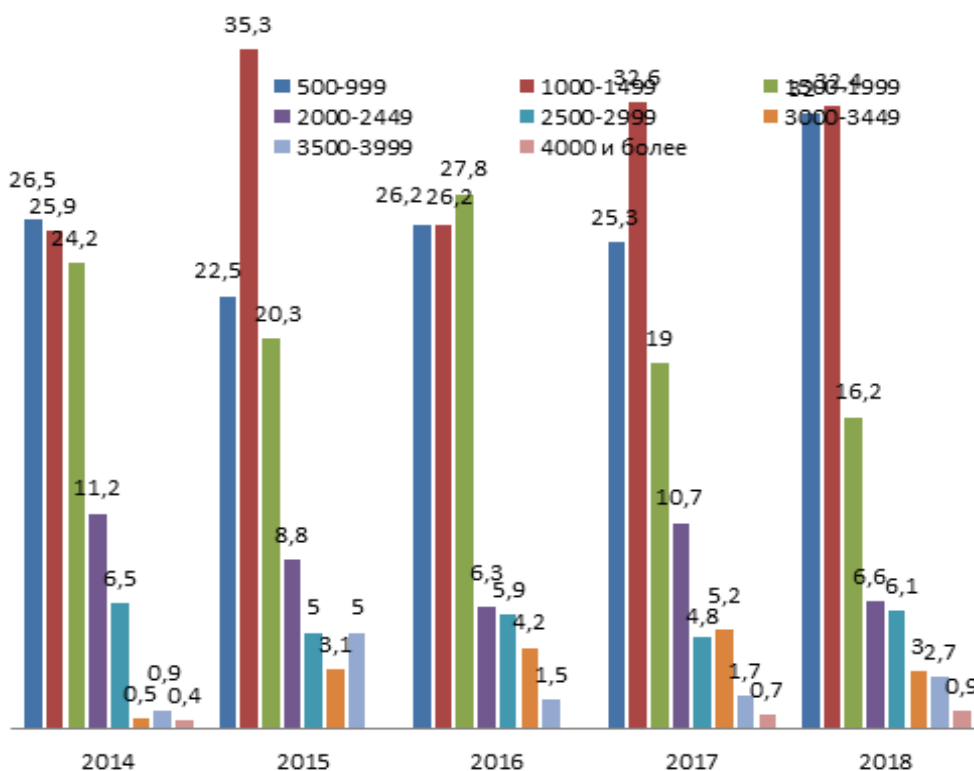


Рис. 4. Перинатальная смертность в клинике НИИ АГиП в зависимости от массы тела (2014-2018 гг.)

Установлено, что среди 1555 недоношенных новорожденных причиной смерти также являлась асфиксия тяжелой степени, которая увеличивалась с 2014 года ($24,3 \pm 2,3\%$) в 1,4 раза, составляя в 2018 году $35,8 \pm 2,6\%$ ($p < 0,05$).

Количество детей, умерших от внутриутробной пневмонии и внутриутробного сепсиса, уменьшилось в 1,8 раз: с $8,4 \pm 1,4\%$ в 2014 году до $4,6 \pm 1,2\%$ в 2018 году ($p < 0,05$). Дыхательная недостаточность, установленная у $7,8 \pm 2,3\%$

новорожденных в 2014 году, увеличилась в 2017 году в 5,2 раза (41,2±3,1%) и в 4,3 раза (34,0±2,8%) (p<0,05). Литературные данные указывают, что причинами перинатальной смертности со стороны ребенка в развивающихся странах являются: 22,5% – асфиксия и родовая травма, 1,4% – инфекции [7]. Доказано, что соотношение этих причин различается в зависимости от уровня жизни и состояния здравоохранения в части родовспоможения [3, 4, 7, 12].

Заключение

Установлено, что потенциальными факторами риска перинатальных потерь являются: низкий социальный статус (75,6%), высокая частота экстрагенитальной патологии (89,6%), повторные роды и низкая информированность женщин об использовании современных контрацептивов. Проведение конфиденциального аудита перинатальной смертности позволит выявить резервы улучшения качества перинатальной помощи и разработать рекомендации по снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

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

1. Алиева Р.Я., Ахмедова Т.М. с соавт. Состояние кровотока в системе мать-плацента-плод и перинатальные исходы у беременных с СД первого типа // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2017. Т.23, №3. С.15-19
2. Буштырев В.А., Зубков В.В., Кузнецова Н.Б., Барина В.В. Перинатальный аудит и модель «neonatal near miss» как современные формы управления качеством медицинской помощи в неонатологии // Акушерство и гинекология. 2017. № 2. С.17-22.
3. Ежегодные статистические сборники Национального Центра медицинской статистики МЗиСЗН РТ за 2014-2018 гг.
4. Демографический ежегодник России: стат. сб. М.: Росстат, 2015. 215 с.
5. Камилова М.Я., Ходжиева П.И. Перинатальные исходы у женщин с монохориальной и бихориальной многоплодной беременностью // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2016. №3. С.54-56
6. Кулагина М.В., Кареева Л.В., Комарова И.А., Цивилева А.Б. Состояние амбулаторной акушерской помощи: результаты социологического опроса беременных женщин // Детская медицина северо-запада. 2012. Т.3, №2. С.47-49
7. Саидмурадова Р.Х., Махкамов К.К., Бузрукова Н.Д., Ходжибекова Н.А. Сепсис новорожденных (внедрение национального протокола) // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2015. № 3. С. 75-81.

8. Национальная Стратегия Республики Таджикистан до 2030 года. Постановление Правительства РТ № 392 от 1 октября 2016 года. 45 с.

9. Шургая М.А., Меметов С.С., Иванова Т.А., Кареева А.Ф., Лялина И.В. Медико-социальные аспекты демографической ситуации в России. //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2017. Т. 20, № 4. С. 214-220.

REFERENCES

1. Alieva R. Ya., Akhmedova T. M. Sostoyanie krovotoka v sisteme mat-platsenta-plod i perinatalnye iskhody u beremennykh s SD pervogo tipa [Status of blood flow in the mother-placenta-fruit system and perinatal outcomes in pregnant women with diabetes mellitus type II]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Herald of Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2017, Vol. 23, No. 3, pp. 15-19
2. Bushtyrev V. A., Zubkov V. V., Kuznetsova N. B., Barinova V. V. Perinatalnyy audit i model «neonatal near miss» kak sovremennyye formy upravleniya kachestvom meditsinskoy pomoshchi v neonatologii [Perinatal audit and a “neonatal near miss” model as a current form of care quality control in neonatology]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2017, No. 2, pp. 17-22.
3. *Ezhegodichnye statisticheskie sborniki Natsionalnogo Tsentra meditsinskoy statistiki MZiSZN RT za 2014-2018 gg* [Yearly statistical collections of the National Center for medical statistics of the Ministry of Health and Social Protection of Republic of Tajikistan].
4. *Demograficheskiy ezhegodnik Rossii: statisticheskiy sbornik* [Demographic Yearbook of Russia: statistical collection]. Moscow, Rosstat Publ., 2015. 215 p.
5. Kamilova M. Ya., Khodzhiyeva P. I. Perinatalnye iskhody u zhenshchin s monokhorialnoy i bikhorialnoy mnogoplodnoy beremennostyu [Perinatal outcomes in women with monochorionic and diggiley multiple pregnancies]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Herald of Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2016, No. 3, pp. 54-56.
6. Kulagina M. V., Kareeva L. V., Komarova I. A., Tsivileva A. B. Sostoyanie ambulatornoй akusherskoy pomoshchi: rezultaty sotsiologicheskogo oprosa beremennykh zhenshchin [State of outpatient obstetric care: results of a sociological survey of pregnant women]. *Detskaya meditsina severo-zapada – Pediatric medicine of the North-West*, 2012, Vol. 3, No. 2, pp. 47-49.
7. Saidmuradova R. Kh., Makhkamov K. K., Buzrukova N. D., Khodzhibekova N. A. Sepsis novorozhdennykh (vnedrenie natsionalnogo protokola) [Sepsis of newborn (introduction of national protocol)]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2015, No. 3, pp. 75-81.
8. *Natsionalnaya Strategiya Respubliki Tadjikistan do 2030 goda. Postanovlenie Pravitelstva RT № 392 ot 1 oktyabrya 2016 goda* [National Strategy of the Republic of Tajikistan until 2030. Republic of Tajikistan Government resolution No. 392 of October 1, 2016]. Dushanbe, 45 p.

9. Shurgaya M. A., Memetov S. S., Ivanova T. A., Karaeva A. F., Lyalina I. V. Mediko-sotsialnye aspekty demograficheskoy situatsii v Rossii [Demographic situation in Russia: medical and social aspects]. *Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya – Medical and social expertise and rehabilitation*, 2017, Vol. 20, No. 4, pp. 214-220.

10. Bloemenkamp K.W. Validating the WHO Maternal Near Miss Tool in a highincome country. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2016, Vol. 95, No. 1, pp. 106-111. doi: 10.1111/aogs.12793.

11. Pileggi-Castro C., Camelo J.S., Perdoná G.C., Mus-si-Pinhata M.M., Cecatti J.G., Mori R. et al. Development of criteria for identifying neonatal near-miss cases: analysis of two WHO multicountry cross-sectional studies. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2014, Vol. 121 (Suppl. 1), pp. 110-118.

12. Santos J.P., Cecatti J.G., Serruya S.J., Almeida P.V., Duran P., de Mucio B. et al.; for the PAHO Neonatal Near Miss Working Group. Neonatal Near Miss: the need for a standard definition, appropriate criteria and rationale for a prospective surveillance system. *Clinics (Sao Paulo)*, 2015, Vol. 70, Vol. 12, pp. 820-826.

Сведения об авторе:

Мирзобекова Бахаргул Токторбаевна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Мирзобекова Бахаргул Токторбаевна – тел.: (+992) 903331454

Мухаммаднабиева Ф.А., Исмаилов К.И., Мухитдинова З.А.

ИММУННЫЙ ОТВЕТ ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕНЛЕЙНА-ГЕНОХА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Mukhammadnabieva F.A., Ismailov K.I., Mukhitdinova Z.A.

IMMUNE RESPON IN CHILDREN WITH SHENLEIN-GENOCH DISEASE

Department of children's diseases №2 of State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Цель исследования. Изучение состояния иммунного статуса у детей при болезни Шенлейна-Геноха.

Материал и методы. Под наблюдением находились 50 детей с БШГ: мальчиков – 27 (56%), девочек – 23 (46%). В зависимости от клинических форм дети были разделены на 4 группы. Контрольную группу составили 30 здоровых детей соответствующего возраста. Иммунный статус определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Полученные данные говорят о том, что детей с геморрагическим диатезом, независимо от клинической формы, тяжести и течения, обнаружены CD20 и нарастание всех IgA, IgM, IgG и ЦИК, а также активация гуморального иммунитета, что говорит об иммунном дисбалансе у детей с геморрагическими диатезами.

Заключение. У детей с болезнью Шенлейна-Геноха и её различными клиническими формами имеет место увеличение в периферической крови количества Т-лимфоцитов с рецепторами CD4, уменьшение количества клеток с рецепторами CD8, с увеличением коэффициента CD4/ CD8. В сыворотке крови этих больных увеличено среднее содержание иммуноглобулинов А и G, что сочеталось с увеличением количества лимфоцитов с цитоиммунологическими маркерами CD20.

Ключевые слова: болезнь Шенлейна-Геноха, геморрагический васкулит, клеточный иммунитет, фагоцитарный индекс, нефротический синдром, макуло-папулезная сыпь, петехии

Aim. The study of the state of the immune status in children with Shenlein-Genoch disease.

Materials and methods. Under observation were 50 children with BSH: boys - 27 (56%), girls - 23 (46%). Depending on the clinical forms, the children were divided into 4 groups. The control group consisted of 30 healthy children of the corresponding age. Immune status was determined by enzyme immunoassay.

Results. The data obtained indicate that children with hemorrhagic diathesis, regardless of clinical form, severity and course, were found to have CD20 and an increase in all IgA, IgM, IgG and CEC, as well as activation of humoral immunity, which indicates an immune imbalance in children with hemorrhagic diathesis.

Conclusion. In children with Shenlein-Genoch disease and its various clinical forms, there is an increase in the number of T-lymphocytes with CD4 receptors in the peripheral blood, a decrease in the number of cells with CD8 receptors, with an increase in the CD4 / CD8 coefficient. In the blood serum of these patients, the average content of immunoglobulins A and G was increased, which was combined with an increase in the number of lymphocytes with cytimunological markers of CD20.

Key words: Shenlein-genoch, purpura rheumatica, throm-bocytopenia, cellular immunity, phagocytic index, nephrotic syndrome, macula -papular eruption, petechias

Актуальность

Болезнь Шенлейна-геноха является одним из наиболее распространенных системных васкулитов [1]. Встречается в любом возрасте,

однако наибольшая распространенность заболевания приходится на детский и подростковый возрасты. По данным работ ряда исследователей [5, 6], за 2010 по 2020 год

болезнь Шенлейна-Геноха изменила свой характер и сопровождается тяжелом течением, с присоединением в патологический процесс капилляротоксического нефрита и частым абдоминальным синдромом. Пусковым механизмом заболевания считается отложение в кровеносных сосудах особых иммунных комплексов (ИК), содержащих IgA и обладающих в ряде случаев свойствами криоглобулинов, что объясняет провоцирующую роль охлаждения, индуцирующего криопреципитацию циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) [7]. Тем временем, состояние иммунного ответа при этом заболевании достаточно не изучено.

Цель исследования

Определить поведение иммунного ответа при болезни Шенлейна-Геноха у детей.

Материал и методы исследования

Было курировано 50 пациентов с болезнью Шенлейна-Геноха. Из них мальчиков было 27 (56%), девочек – 23 (46%). Исходя из клинического течения, больные распределены по клиническим формам на несколько групп: 1-я группа – 14 пациентов с кожной (простой) формой; 2-я – 11 детей с суставной (артралгической) формой; 3-я – 13 детей с кожно-абдоминальной формой; 4-я – 12 человек с вовлечением в патологический процесс почек (капилляротоксический нефрит).

Исследование включало в себя анализ иммунных клеток крови с помощью тестов ориентировочных и аналитических уровней.

Результаты и их обсуждение

Среди всех детей с кожной (простой) формой были обнаружены те или иные стадии заболевания. В большинстве случаев имелись красные высыпания в виде мелких пятен, в

основном, на голени и тыльной поверхности стопы, а также на лучезапястных поверхностях с обеих сторон.

У детей с суставной (артралгической) формой отмечались боли (артралгии), в большинстве случаев в крупных суставах, среди которых превалирует голеностопный – 78,6% и коленный – 21,4% суставы.

Абдоминальная форма заболевания чаще всего проявлялась спастическими сильными болями в области живота, которые вынуждали детей принимать ортостатическое положение, приводя к обездвиженности.

Почечная форма, или капилляротоксический нефрит, проявлялась в виде гематурии и протеинурии, в большинстве случаев присоединялась после тяжелого абдоминального синдрома и всегда сопровождалась кожными высыпаниями.

При иммунологическом обследовании крови установлено угнетение Т-супрессоров с увеличением количества Т-хелперов и В-лимфоцитов. У детей с геморрагическим васкулитом (ГВ) с преимущественным поражением почек и со смешанной формой с хроническим рецидивирующим течением отмечалось угнетение Т-клеток иммунной системы в виде снижения зрелых Т-лимфоцитов (CD3) ($p < 0,001$), Т-хелперов (CD4) ($p < 0,01$) при увеличении цитотоксических клеток (CD8), т.е. наличие синдрома Т-клеточного дисбаланса. При распределении больных по группам, сформированным по формам заболевания, выявлено увеличение ЦИК по средним значениям во всех группах, причем достоверных отличий данных между отдельными группами не обнаружено (рис. 1).

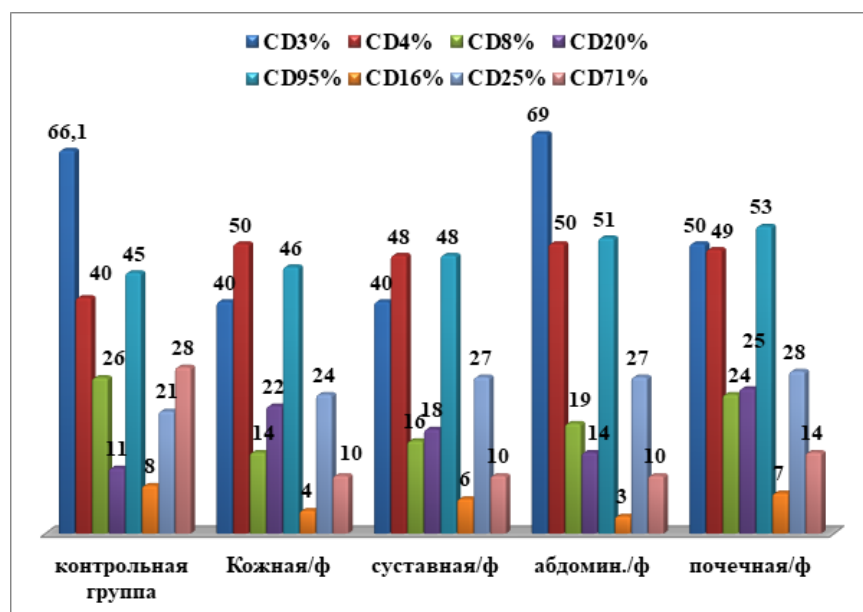


Рис. 1. Содержание Т-лимфоцитов и их субпопуляций у детей с ГВ, %

Отмечались положительные связи IgA, IgG с артритом и абдоминальным синдромом. Увеличение содержания IgM не отмечалось ни при одной из форм заболевания,

поскольку гипериммуноглобулия по классу М более характерна для воспалительных процессов инфекционной этиологии (рис. 2).

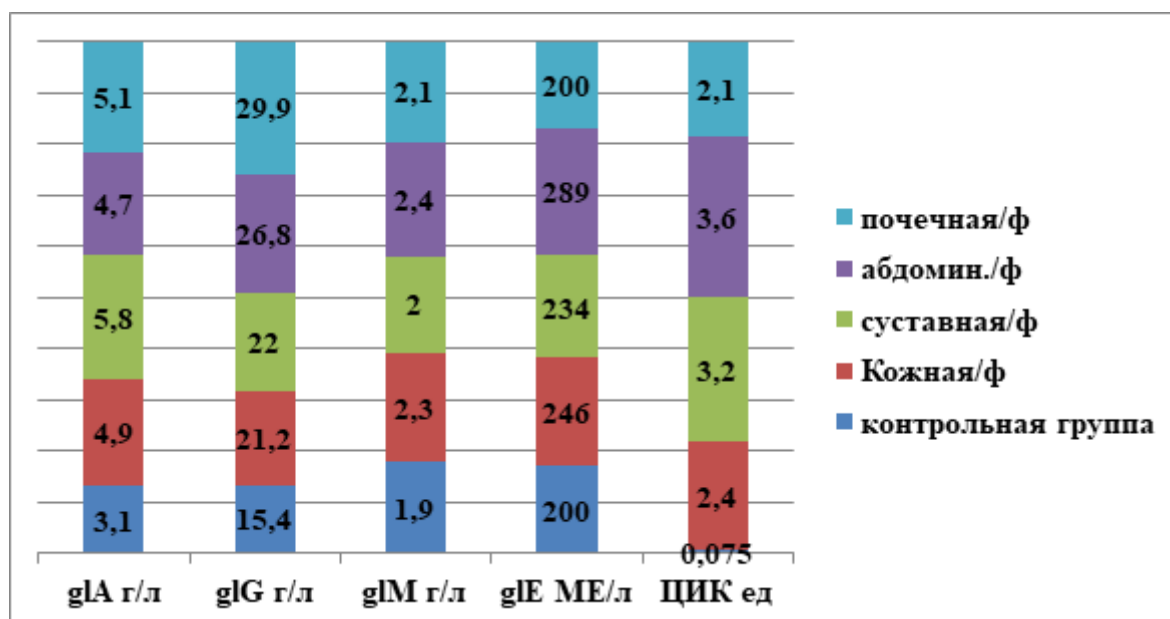


Рис. 2. Показатели сывороточных иммуноглобулинов у детей с ГВ

Итак, проведенные нами исследования смогли диагностировать значительные отклонения в иммунной системе в зависимости от клинической формы болезни Шенлейна-Геноха, что, несомненно, имеет патогенетическое значение. Эти изменения имели и сходства и различия. Во всех случаях отмечался дисбаланс Т-звена иммунитета, более выраженный при почечной и кожно-суставной формах с рецидивирующим течением, а также имелась гиперактивность В-клеточного звена иммунитета с повышенным образованием иммуноглобулинов А и G. При кожной, а также артралгической формах заболевания наблюдалось равномерное увеличение IgA и IgG. При абдоминальной форме и рецидивах кожно-суставной формы с хроническим течением в крови преимущественно увеличивалось содержание IgG.

Заключение

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о существенном иммунном ответе у детей при болезни Шенлейна-Геноха: во всех случаях наблюдалась дестабилизация Т-звена, иммунокомпетентных клеток, что было более заметными при капилляротоксическом нефрите и при артралгической форме заболевания с рецидивирующим течением процесса. Кроме того, констатирована гиперреактивность В-клеток, с повышением количества имму-

ноглобулинов А и G и образованием ЦИК у данной категории пациентов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-6 см. в REFERENCES)

1. Моисеев С.В. и др. АНЦА-ассоциированные васкулиты: спорные вопросы классификации, диагностики и оценки активности и современные подходы к лечению // Клиническая фармакология и терапия. 2014. №1. С. 44-50.
2. Новиков П.И., Семенкова Е.Н., Моисеев С.В. Современная номенклатура системных васкулитов // Клиническая фармакология и терапия. 2013. №1. С.70-74.

REFERENCES

1. Moiseev S. V. ANCA-associated vasculitis: spornye voprosy klassifikatsii, diagnostiki i otsenki aktivnosti i sovremennye podkhody k lecheniyu [ANCA-associated vasculitides: classification, diagnosis, assessment of activity and treatment]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya – Clinical pharmacology and therapy*, 2014, No. 1, pp. 44-50.
2. Novikov P. I., Semenkova E. N., Moiseev S. V. Sovremennaya nomenklatura sistemnykh vaskulitov [Modern nomenclature of systemic vasculites]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya – Clinical pharmacology and therapy*, 2013, No. 1, pp. 70-74.
3. Aggarwal R., Gupta A. HLA-DRB1 in Henoch-schönlein purpura. *Human Immunology*, 2016, Vol. 77, No. 7, pp. 555-558.

4. Albaramki J. Henoch-schonlein purpura Henoch-schonlein purpura in childhood a fifteen-year experience at tertiary hospital. *Journal of Medicine*, 2016, Vol. 64, pp. 13-17.

5. Dudley J., Smith G., Llewelyn-Edwards A., Dudley J. Randomised, double-blind, placebo-controlled trial to determine whether steroids reduce the incidence and severity of nephropathy in Henoch-Schonlein purpura (HSP). *Archives of Disease in Childhood*, 2013, Vol. 98, No. 10, pp. 756-763.

6. Kawasaki Y., Ono A., Ohara S. Henoch-Schönlein purpura nephritis in childhood: pathogenesis, prognostic factors and treatment. *Fukushima journal of medical science*, 2013, Vol. 59, No. 1, pp. 15-26.

Сведения об авторах:

Мухаммаднабиева Фаришта Абдулрахимовна – ассистент кафедры детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Исмаилов Камилджон Исроилович – зав. кафедрой детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н, профессор

Мухитдинова Зумрад Абубакровна – доцент кафедры детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Контактная информация:

Мухаммаднабиева Фаришта Абдулрахимовна – тел.: (+992)987755588; e-mail: farishta-8686@mail.ru

© Коллектив авторов, 2020

УДК 618.3:616.379-008.64

Орипова Ш.Н., Байматова З.К., Алиева Р.Я.,
Орипова Р.Ш., Мулкамонова Л.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Oripova Sh.N., Baymatova Z.K., Alieva P.Y.,
Oripova R.Sh., Mulkamomova L.

ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF PLACENTAL INSUFFICIENCY OF WOMEN WITH INSULIN RESISTANCE

State Establishment «Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» MHSPPT

Цель исследования. Провести оценку доплерометрических показателей у женщин с инсулинорезистентностью и эффективности проведенных мероприятий.

Материал и методы. Всего обследовано 120 женщин, которым проводилось доплерометрическое исследование для оценки эффективности коррекции нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод.

Результаты. Установлено снижение частоты развития нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод и его сочетанных, более тяжелых форм после проведенной профилактики плацентарной недостаточности.

Заключение. Донаторы оксида азота (тивортин) в сочетании с токоферола ацетатом способствуют нормализации плодово-плацентарного кровотока у женщин с инсулинорезистентностью и могут быть рекомендованы для коррекции нарушений во всех звеньях системы мать-плацента-плод.

Ключевые слова: инсулинорезистентность, плацентарная недостаточность, профилактика, донатор оксида азота

Aim. To evaluate Dopplerometric indicators in women with insulin resistance and the effectiveness of the measures taken.

Materials and methods. A total of 120 women were examined who underwent a Dopplerometric study to assess the effectiveness of the correction of blood flow disorders in the mother-placenta-fetus system.

Results. A decrease in the frequency of development of blood flow disorders in the mother-placenta-fetus system and its combined, more severe forms after the prevention of placental insufficiency was established.

Conclusion. Donors of nitric oxide (tivortin) in combination with tocopherol acetate contribute to the normalization of fetal-placental blood flow in women with insulin resistance and can be recommended for the correction of disorders in all parts of the mother-placenta-fetus system.

Key words: insulin resistance, placental insufficiency prophylaxis of nitric oxide donor

Актуальность

В настоящее время сложилась весьма неблагоприятная демографическая ситуация. При этом имеет место неуклонный рост материнской заболеваемости и снижение индекса здоровья женщин репродуктивного возраста [3].

Только 32,04% беременных женщин со-

матически здоровы. Еще более удручающая ситуация складывается с репродуктивным здоровьем. Современные социально-экономические и экологические условия также негативно сказываются на фертильности и способности выносить и родить здоровое потомство [1].

В результате происходит не только сни-

жение рождаемости, но и наблюдается рост перинатальной смертности, 20-45% которой обусловлены патологией плаценты. Вместе с тем увеличивается доля перинатальной заболеваемости, которая достигает 80,2% [2].

Ведущим методом в диагностике плацентарной недостаточности и СЗРП является ультразвуковая диагностика и доплерометрия [4, 6]. Диагностика задержки развития внутриутробного плода в большинстве случаев является следствием плацентарной недостаточности и лишь *post factum* подтверждает наличие далеко зашедшей гипоксии плода и плацентарной недостаточности.

Наибольшую диагностическую ценность при проведении ультразвукового исследования имеет доплерометрическое исследование кровотока в сосудах системы «мать-плацента-плод» [5]. Анализ научных работ по терапии плацентарной недостаточности позволяет сделать заключение, что терапия плацентарной недостаточности направлена на поддержание метаболических процессов, что замедляет дальнейшее усугубление осложнений. В последние годы уделяется большое внимание роли сосудистого эндотелия в патогенезе развития дисфункции органов, в том числе и плаценты. Большое значение в поддержании нормального кровотока в системе мать-плацента-плод придается оксиду азота, который синтезируется эндотелием. При плацентарной недостаточности отмечается снижение образования оксида азота.

Таким образом, очевидно, что оптимизация профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности (ФПН) и СЗРП является приоритетным вопросом современного акушерства [7, 8].

Цель исследования

Провести оценку доплерометрических показателей у женщин с инсулинорезистентностью и эффективности проведенных мероприятий.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в ОПБ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ.

Всего нами было обследовано 120 беременных, включая женщин из группы риска по развитию сахарного диабета и здоровых женщин. Контрольную группу составила 61 абсолютно здоровая женщина с физиологическим течением беременности, с нормальной массой тела, с нормальной толерантностью к глюкозе, без отягощенного акушерского анамнеза и указаний на сахарный диабет в

анамнезе. В основную группу вошли 59 женщин из группы высокого риска по развитию сахарного диабета.

Критериями включения в контрольную и основную группы явился репродуктивный возраст от 19 до 49 лет. Критерием включения в основную группу были беременные женщины из группы риска. Критерии исключения в основной группе – это женщины с сахарным диабетом 2 типа. Всем женщинам из группы риска проводилось исследование на определение наличия инсулинорезистентности. На основании результатов обследованные беременные были подразделены на 2 группы: основную и группу сравнения. Основную группу составили 17 беременных, которые имели факторы риска развития сахарного диабета и наличие инсулинорезистентности. В группу сравнения вошли 42 беременные из группы риска по развитию сахарного диабета и без инсулинорезистентности.

Средний возраст беременных обследованных женщин в исследуемых группах отличий не имел и составил $28,7 \pm 2,2$ года. По паритету первобеременные составили 24 (20%), повторнобеременные – 63 (52,5%) и многорожавшие – 33 (27,5%).

В целом, жительниц села во всех обследованных группах женщин было достоверно ($p < 0,05$, $p < 0,01$) больше, чем жительниц города. Жительницы города составили в основной группе 3, в группе сравнения – все. Из 60 женщин обеих групп, не получавших профилактическое лечение плацентарной недостаточности, нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока были диагностированы в 41 (68,3%) случае. Из 45 женщин обеих групп, получивших профилактическое лечение во втором триместре беременности, нарушения маточно-плодово-плацентарного кровотока были диагностированы в 13 (28,9%) случаях.

У всех беременных проводили сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза с учетом условий жизни и труда, вредных привычек.

Всем беременным женщинам выполняли общее и акушерское исследования, лабораторные исследования, УЗИ.

С целью профилактики плацентарной недостаточности использовали питьевую форму 4,2% тивортин аспартата в сочетании с токоферола ацетатом. Режим профилактики предусматривал: сроки проведения от 22 до 26 недель гестации длительностью 20 дней. Тивортин принимали по 1 ст.ложке 3 раза в день во время еды, а токоферрола ацетат - по 1 капсуле (400 МЕ) 1 раз в день.

С целью коррекции выявленных нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод применялась инфузия тивортина (донатор оксида азота), 100,0 мл внутривенно капельно, 1 раз в сутки в течение 5-10 дней. Далее по необходимости пациентки переводились на питьевую форму тивортина аспарата по 1 чайной ложке 2 раза в день. Для лечения СЗРП к приёму тивортина добавлялся токоферрола ацетат в дозе 44 мг по 1 капсуле 1 раз в день.

Ультразвуковые исследования проводили на аппарате «Алока-620», снабженным доплеровским блоком пульсирующей волны (частотный – 100 Гц, конвексный – 3,5 Гц и трансвагинальный датчик – 5-6,5-7,5 МГц), включали фетометрию и плацентометрию.

Состояние маточно-плодово-плацентарного кровотока изучалось с помощью доплерометрического исследования кровотока в маточных артериях, артерии пуповины и грудной аорте плода в сроки от 22 до 41 недели гестации. По кривым скоростей кровотока (КСК) оценивали фазовую структуру с последующим расчетом для каждого исследуемого сосуда качественных «углонезависимых» индексов, периферическое сосудистое сопротивление (ИПСР): систоло-диастолическое отношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ). Критерием нарушения кровотока в сосуде считалось превышение численных значений нормативных показателей для данного срока беременности, а также отсутствие кровотока или обратный кровоток в фазу диастолы в артерии пуповины и грудной аорте плода.

Оценка маточно-плацентарно-плодового кровотока всем беременным проводилась путем ультразвуковой доплерометрии с определением углонезависимых показателей - систоло-диастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ). Для определения степени тяжести нарушений кровотока использовали классификацию по Демидову, согласно которой выделяют 3 степени тяжести гемодинамических нарушений:

1-я степень (А и Б) – нарушение маточно-плацентарного при сохраненном плодово-плацентарном кровотоке и нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохраненном маточно-плацентарном кровотоке;

2-я степень – одновременное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, не достигающее критических нарушений;

3-я степень – критические нарушения плодово-плацентарного кровотока при неизменном или измененном маточно-плацентарном кровотоке.

Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических методов статистики для малых и неоднородных групп – χ^2 с поправкой Йейтса, точный критерий Фишера.

Результаты полученных данных обработаны методом вариационной и описательной статистики с использованием критериев Стьюдента, рангового U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

Проведенный анализ показал высокую частоту перинатальной заболеваемости у детей, родившихся от матерей группы высокого риска, обусловленных влиянием осложнений беременности.

Результаты доплерометрических исследований показали, что по мере прогрессирования неосложненной беременности в исследуемых маточно-плодово-плацентарных сосудах контрольной группы отмечалось постепенное снижение индекса периферического сосудистого сопротивления за счет повышения диастолических скоростей кровотока, тогда как в группе беременных с инсулинорезистентностью патологические изменения кривых скоростей кровотока и параметров преобладали в маточных артериях (78,6%).

Следовательно, у женщин с инсулинорезистентностью гемодинамические нарушения начинают развиваться со стороны матери и приводят к снижению маточно-плацентарного кровотока.

Допплерометрическими критериями диагностики плацентарной недостаточности являются средние числовые значения систоло-диастолического отношения (СДО), пульсационного индекса (ПИ) и индекса резистентности (ИР) в маточных артериях, равные соответственно 3,5, 1,3, 0,68 и выше, в артерии пуповины – 4,0; 1,5; 0,77 и выше, в грудной аорте плода – 8,5; 2,0; 0,88 и выше.

Прогностическими признаками развития плацентарной недостаточности в 22 недели беременности являются средние величины СДО, ПИ и ИР в маточных артериях, равные соответственно 4,0; 1,73; 0,76 и выше в артерии пуповины – 5,7; 1,64; 0,82 и выше, в грудной аорте плода – 9,0; 2,06; 0,89 и выше.

В таблице 1 представлена частота нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод.

Таблица 1

Частота нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод до лечения

Срок беременности			
22-26 недель	26-32 недели	33-36 недели	37-41 недели
Правая маточная артерия			
2,49±0,1	2,2±0,7	2,17±0,09	2,05±0,07
Левая маточная артерия			
2,79±0,3	2,3±0,2	2,08±0,2	2,01±0,06
Артерия пуповины			
3,4±0,03*	3,11±0,2	2,89±0,1*	2,3±0,06
Аорта плода			
5,8±0,2	5,6±0,2	5,3±0,02	5,0±0,01
Плацентарный коэффициент			
0,16±0,02	0,2±0,03	0,16±0,01	0,2±0,01

Примечание: * – $p < 0,05$ ** – $p < 0,01$

Установлено повышение частоты сочетанных нарушений в системе мать-плацента-плод у беременных с инсулинорезистентностью, не получавших профилактическое лечение плацентарной недостаточности тивортином, по сравнению с соответствующим показателем у женщин, которым во втором триместре было проведено целенаправленное лечение.

Выявлено статистическое различие ($p < 0,05$) между приведенными показателями. Как представлено в таблице 2, установлено повышение частоты сочетанных нарушений у женщин, не получавших профилактического лечения плацентарной недостаточности тивортином в сочетании с токоферола ацетатом. Наши исследования показали, что профилактическое лечение плацентарной недостаточности снижает частоту нарушений маточно-плацентарного кровотока.

В группе сравнения профилактическое лечение получали 20 беременных.

В 3 триместре в результате полученных данных удалось выяснить, что нарушения имели 20 беременных женщин. Среди женщин, получавших во 2 триместре профилактическое лечение, у 18 в 3 триместре беременности нарушений кровотока ни в одной из звеньев системы «мать-плацента-плод» выявлено не было. У 2 женщин, беременность которых осложнилась преэклампсией и синдромом задержки внутриутробного развития плода, имелись компенсированные нарушения кровотока.

Таблица 2

Показатели доплерометрии в системе мать-плацента-плод в зависимости от проведенной терапии

Срок беременности			
22-26 недель	26-32 недели	33-36 недели	37-41 недели
Правая маточная артерия			
2,49±0,1	2,2±0,7	2,17±0,09	2,05±0,07
Левая маточная артерия			
2,79±0,3	2,3±0,2	2,08±0,2	2,01±0,06
Артерия пуповины			
3,4±0,03*	3,11±0,2	2,89±0,1*	2,3±0,06
Аорта плода			
5,8±0,2	5,6±0,2	5,3±0,02	5,0±0,01
Плацентарный коэффициент			
0,16±0,02	0,2±0,03	0,16±0,01	0,2±0,01
ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ			
Срок беременности			
22-26 недель	26-32 недели	33-36 недели	37-41 недели
Правая маточная артерия			
1,9±0,1	1,8±0,08	1,7±0,09	1,7±0,07
Левая маточная артерия			
2,076±0,4	2,26±0,2	2,04±0,1	1,7±0,06
Артерия пуповины			
2,91±0,03	2,79±0,2 *	2,4±0,1	2,2±0,06*
Аорта плода			
5,38±0,3	4,95±0,2	4,82±0,02	4,8±0,04
Плацентарный коэффициент			
0,115±0,01	0,17±0,03	0,238±0,01	0,261±0,01

Примечание: * – $p < 0,05$ ** – $p < 0,01$

Среди женщин основной группы в 3 триместре беременности нарушения кровотока были выявлены у 30 человек. Профилактическое лечение во втором триместре беременности получили 20 человек. Нарушения кровотока диагностированы в 3 триместре у 31, из числа которых в 10 случаях проводилась профилактика. В остальных случаях профилактическое лечение не проводилось. Из 10 женщин, получавших лечение, диагностирован 1 случай субкомпенсированных нарушений кровотока и 9 случаев - компенсированных.

Профилактика плацентарной недостаточности во втором триместре беременности питьевой формой тивортин является эффективной.

Эффективность профилактики плацентарной недостаточности у женщин с инсулинорезистентностью составила 49%, что обосновывает целесообразность проведения профилактики всем женщинам.

Анализ показал, что профилактическое лечение донаторами азота в сочетании с токоферола ацетатом снижает развитие тяжелых форм плацентарной недостаточности.

Заключение

Для выявления инсулинорезистентности у беременных доплерометрические исследования необходимо проводить с 22 недель гестации. Донаторы азота и токоферола ацетат являются эффективными препаратами для коррекции выявленных нарушений. Донаторы оксида азота (тивортин) в сочетании с токоферола ацетатом способствуют нормализации плодово-плацентарного кровотока у женщин с инсулинорезистентностью и могут быть рекомендованы для коррекции нарушений во всех звеньях системы мать-плацента-плод.

Резервом улучшения перинатальных исходов является предгравидарная подготовка данной категории женщин.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 7, 8 см. в REFERENCES)

1. Бабаева Г.И. Возможные причины и прогностические критерии развития плацентарной недостаточности // Украинский журнал лабораторной и клинической медицины. 2013. Т.8, №2. С. 97-100

2. Камилова М.Я., Рахматуллоева Д.М., Ишан-ходжаева Ф.Р. Медицинские и социальные факторы развития плацентарной недостаточности у беременных женщин в современных условиях Таджикистана // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. Вып. 6. С. 26-30.

3. Лазарева Г.А., Хурасева А.В., Кlicheva O.I. Современный взгляд на проблему фетоплацентарной недостаточности // Научные ведомости Белградского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2014. Т. 18, № 27. –С. 5-10

4. Макаров О.В., Шеманаева Т.В. Новые возможности лечения плацентарной недостаточности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2013. Т.12. №4. С. 50-56.

5. Никонова Л.В. и др. Сахарный диабет и беременность. Часть I. Влияние нарушений углеводного обмена на формирование плаценты и плода // Плани-

рование беременности при сахарном диабете. ГГМУ. 2017. Т. 15, №3. С. 255-256

6. Рахимов Н.Г., Амонова Ш.Ш., Давлятова Г.К., Мурадов А.М., Мурадов А.А., Амонова Ш.Ш. Особенности центральной и легочной гемодинамики у беременных с пре- и эклампсией // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2016. №2. С. 46-52.

REFERENCES

1. Babaeva G. I. Vozmozhnye prichiny i prognosticheskie kriterii razvitiya platsentarnoy nedostatochnosti [Possible reasons and prognostic criteria of development of placental insufficiency]. *Ukrainskiy zhurnal laboratornoy i klinicheskoy meditsiny – Ukrainian journal of clinical and laboratorial medicine*, 2013, Vol. 8, No. 2, pp. 97-100

2. Kamilova M. Ya., Rakhmatulloeva D. M., Ishan-khodzhaeva F. R. Meditsinskie i sotsialnye faktory razvitiya platsentarnoy nedostatochnosti u beremennykh zhenshchin v sovremennykh usloviyakh Tadjikistana [Medical and social factors of placental insufficiency development in pregnant women in modern conditions in Tajikistan]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney – The Journal of obstetrics and women's diseases*, 2015, Issue 6, pp. 26-30.

3. Lazareva G. A., Khuraseva A. V., Klicheva O. I. Sovremennyy vzglyad na problemu fetoplatcentarnoy nedostatochnosti [Modern look to the problem of fetoplacental insufficiency]. *Nauchnye vedomosti Belgradskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Meditsina. Farmatsiya – Scientific Bulletin of the Belgorod state University. Series: Medicine. Pharmacy*, 2014, Vol. 18, No. 27, pp. 5-10

4. Makarov O. V., Shemanaeva T. V. Novye vozmozhnosti lecheniya platsentarnoy nedostatochnosti [New possibilities of placental insufficiency treatment]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii – Questions of Obstetrics, Gynecology and Perinatology*, 2013, Vol. 12, No. 4, pp. 50-56.

5. Nikonova L. V. Sakharnyy diabet i beremennost. Chast I. Vliyanie narusheniy uglevodnogo obmenana formirovanie platsenty i ploda [Diabetes and pregnancy. Part 1. Influence of carbohydrate metabolism disorder on placenta and fetus formation]. *Planirovanie beremennosti pri sakharnom diabete. GGMU – Planning a pregnancy during diabetes. GGMU*, 2017, Vol. 15, No. 3, pp. 255-256

6. Rakhimov N. G., Amonova Sh. Sh., Davlyatova G. K., Muradov A. M., Muradov A. A., Amonova Sh. Sh. Osobnosti tsentralnoy i legochnoy gemodinamiki u beremennykh s pre- i eklampsiey [Features of Central and pulmonary hemodynamics in pregnant women with pre-and eclampsia]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2016, No. 2, pp. 46-52.

7. Hsieh T.T., Chtn S.F., Lo L.M. The Association Between Maternal Oxidative Stress at Mid-Gestation and Subsequent Pregnancy Complications. *Reproductive Sciences*, 2015, Vol. 19, No. 5, pp. 505-512

8. Voronina I.D. et al. Early prognostic criteria of placental insufficiency development in pregnant women with iron deficiency anemia. *СТМ J*, 2016, Vol. 8, No. 4, pp. 105-108.

Сведения об авторах:

Орипова Шабнам Нуруллаевна – очный аспирант ТННИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ
Бойматова Зарина Кахорджановна – старший научный сотрудник акушерского отдела ТННИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ, к.м.н., доцент

Алиева Рано Якубджановна – ведущий научный сотрудник акушерского отдела ТННИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ, к.м.н., доцент

Орипова Рухиона Шухратовна – очный аспирант ТННИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ

Мулжамонова Лолабегим Назарамоновна – научный сотрудник акушерского отдела ТННИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Алиева Рано Якубджановна – тел.: (+992)919030996;
e-mail: tniiaqip@mail.ru

© Б.С. Рахимова, 2020

УДК 611.738.1:616.351-007.44:618.1-007.4

Рахимова Б.С.

ЗНАЧИМОСТЬ ПРОВОЦИРУЮЩИХ И СОДЕЙСТВУЮЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖИТЕЛЬНИЦ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

Rakhimova B.S.

THE IMPORTANCE PROVOCATING AND PROMOTING GENITAL PROLAPSES RISK FACTORS IN WOMAN IN TAJIKISTAN

Tajik Scientific research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health and social Protection of population

Цель исследования. Изучить значимость факторов риска развития пролапса тазовых органов у женщин различных возрастных групп, жительниц Таджикистана.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 128 историй болезни женщин, на которых воздействовали факторы риска развития пролапса тазовых органов.

Результаты. Из провоцирующих факторов наиболее значимым фактором риска развития пролапса тазовых органов у жительниц Таджикистана является паритет родов, из содействующих факторов – ожирение, подъем тяжестей и запоры, а степень тяжести пролапса тазовых органов зависит от возраста женщин.

Заключение. Профилактика пролапса тазовых органов у жительниц Таджикистана должна основываться на устранении управляемых факторов риска развития данной патологии.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, профилактика, факторы риска, женщины Таджикистана, профилактика

Aim. To study importance of genital prolapses risk factors in woman in Tajikistan.

Materials and methods. The retrospective analyses documents of woman with acting genital prolapses risk factors.

Results. Among the provocative risk factors more importance is high parity, among the promoting risk factors – obesity, lifting the weight, constipations, and degree of genital prolapses depends from age of woman.

Conclusion. It is necessary to base the prophylaxis of genital prolapses on removal of risk factors these pathology.

Key words: genital prolapses, prophylaxis, risk factors, woman of Tajikistan, prophylaxis

Актуальность

Проблема пролапса тазовых органов имеет не только медицинское, но и социальное значение, что связано с достаточно высокой распространенностью, снижением качества жизни, в некоторых случаях потерей трудоспособности женщин с данной патологией. Несостоятельность тазового дна является самой частой патологией тазового дна. В популяции женского населения в зависимости от выборки частота пролапса тазовых органов и стрессового недержания мочи имеет очень широкий разброс – от 3% и выше 90% [6, 8].

В последние годы во многих странах мира отмечено увеличение продолжительности жизни, что является причиной роста числа женщин постменопаузального возраста. В период постменопаузы у женщин происходят определенные изменения в органах и системах органов. Физиологические изменения, происходящие в органах малого таза, могут способствовать развитию несостоятельности тазового дна, являющейся причиной пролапса тазовых органов, что и увеличивает частоту данной патологии у женщин старших возрастных групп. Большое значение на

частоту несостоятельности мышц тазового дна оказывает влияние возраст женщины. Проплапс тазовых органов встречается среди женщин до 30 лет у каждой 10-й, до 45 лет – у каждой 2-3-й, после 50 лет – у каждой 2-й. Частота пролапса тазовых органов среди женщин перименопаузального периода составляет примерно 50%. Сложность проблемы пролапса тазовых органов у женщин старших возрастных групп обусловлена тем, что единственным методом лечения данной патологии является хирургическое вмешательство, которое у женщин в этом возрастном периоде имеет высокий риск развития осложнений [2, 4].

Факторы риска развития пролапса тазовых органов делятся на предрасполагающие, провоцирующие, содействующие и декомпенсирующие. Предрасполагающие факторы риска являются неуправляемыми. К ним относят генетические и расовые факторы – синдром дисплазии соединительной ткани, нейромиопатии, семейная наследственность, белая раса. Провоцирующие факторы риска развития пролапса тазовых органов вызывают повреждения тазового дна. К ним относятся частые и множественные роды, роды крупным плодом, операции при родах через естественные родовые пути, повреждение нервно-мышечной системы, органудаляющие операции (гистерэктомия). Содействующие факторы являются управляемыми, к ним относятся образ жизни, подъем тяжестей, ожирение, необходимость тужиться при запорах, экстарегенитальные заболевания, например кашель при заболеваниях легких, аллергии. Возраст отнесен к декомпенсирующим факторам – гипоэстрогения в результате декомпенсации половых органов способствует атрофии мышечной и соединительной тканей тазового дна, что приводит к пролапсу тазовых органов у каждой 2-й женщины данной возрастной группы [1, 5, 7]. Изучение факторов риска развития пролапса тазовых органов тяжелых степеней показало значимость таких факторов, как беременности и роды в анамнезе, постменопаузальный период жизни женщин, экстарегенитальные заболевания, что позволило причислить их к клиническим маркерам дисплазии соединительной ткани [3, 5].

Идентификация и определение значимости факторов риска развития того или иного заболевания позволяют определить стратегию профилактики данной патологии.

Цель исследования

Изучение значимости факторов риска развития пролапса тазовых органов у женщин

различных возрастных групп, жительниц Таджикистана.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели нами проведен ретроспективный анализ историй болезни женщин с факторами риска развития пролапса тазовых органов, поступивших в гинекологическое отделение НИИ АГиП МЗиСЗН РТ. Принимали во внимание следующие факторы риска развития пролапса тазовых органов: частые и многократные роды, роды крупным плодом, операции при родах через естественные родовые пути, повреждение нервно-мышечной системы, органудаляющие операции (гистерэктомия), подъем тяжестей, ожирение, необходимость тужиться при запорах, заболевания легких, аллергии, часто сопровождающиеся кашлем.

Для изучения зависимости степени пролапса тазовых органов от возраста женщин принимали во внимание степень тяжести пролапса, диагностированную с использованием количественной оценки пролапса тазовых органов POP-Q. Производили замеры нахождения точек передней, задней стенок влагалища, шейки матки, свода, измерение длинны влагалища, расстояния между задним краем гимена и анусом, уретрой и задним краем гимена. Позиции определяемых точек измеряли по отношению к гимену. При замерах выше гимена учитывается отрицательное значение, при замерах ниже гимена – положительное значение. Стадии устанавливали по наиболее выпадающей части влагалища: передняя стенка (Va), апикальная часть (C), задняя стенка (Vp). Соответственно классификации POP-Q:

Стадия 0 – нет пролапса. Точки Aa, Ap, Va, Vp – все 3 см; точки C и D имеют значение со знаком минус.

Стадия I – наиболее выпадающая часть стенки влагалища не доходит до гимена на 1 см (значение >–1 см).

Стадия II – наиболее выпадающая часть стенки влагалища расположена на 1 см проксимальнее или дистальнее гимена.

Стадия III – наиболее выпадающая точка более чем на 1 см дистальнее гименальной плоскости, но при этом общая длина влагалища (TVL) уменьшается не более чем на 2 см.

Стадия IV – полное выпадение. Наиболее дистальная часть пролапса выступает более чем на 1 см от гимена, а общая длина влагалища (TVL) уменьшается более чем на 2 см.

Для установления клинического диагноза использовали классификацию М.С.Малиновского, согласно которой пролапс тазовых

органов был представлен по степеням тяжести: при I степени шейка матки опущена до входа во влагалище, при II степени имеет место неполное выпадение матки, при III степени – полное выпадение матки.

Расчеты статистических показателей проводились программой Excel на персональном компьютере с использованием параметрических и непараметрических методов биологической статистики.

Результаты и их обсуждение

Нами отобраны 128 историй родов женщин, на которых воздействовали факторы

риска развития пролапса тазовых органов. Среди них пролапс тазовых органов диагностирован у 68 (53,1%) женщин, из которых 38 женщин были репродуктивного возраста и 30 женщин – старших возрастных групп. Таким образом, частота пролапса тазовых органов у женщин, имеющих факторы риска развития данной патологии, составила 53,1%. Изученные факторы риска распределены на провоцирующие и содействующие. Частота провоцирующих факторов риска развития пролапса тазовых органов представлена в таблице.

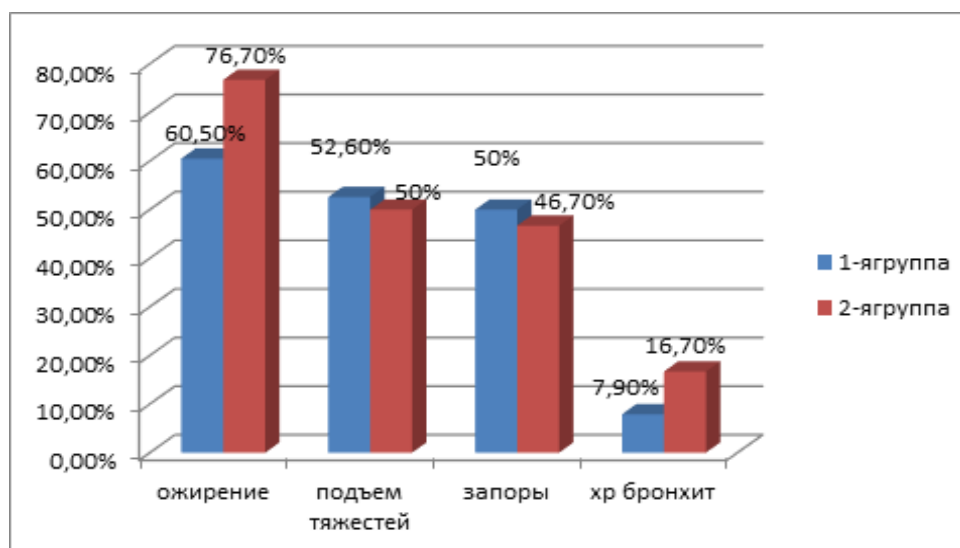
Частота провоцирующих факторов риска у обследованных женщин с пролапсом тазовых органов

Факторы риска	1-я группа (n=38)	2-я группа (n=30)
Множественные роды в анамнезе	15 (39,5±7,9%)	9 (30±8,4%)
Роды крупным плодом	7 (18,4±6,3%)	2 (6,7±9,0%)
Родовые травмы и операции при родах через естественные родовые пути	2 (5,3±3,6%)	2 (6,7±9,0%)
Гистерэктомия в анамнезе	0	2 (6,7±5,5%)
Сочетание факторов риска	14 (36,8±7,8%)	15 (50±9,1%)

Как видно из представленных в таблице данных, наиболее частыми провоцирующими факторами риска развития пролапса тазовых органов как у женщин репродуктивного возраста, так и у женщин старших возрастных групп были многоплодие в анамнезе и сочетанное воздействие факторов. У каждой 5-й женщины репродуктивного возраста в анамнезе отмечены роды крупным плодом. Родовые травмы и операции при родах через

естественные родовые пути отметили 5,3% женщин репродуктивного возраста и 6,7% женщин старших возрастных групп. Таким образом, из провоцирующих факторов наиболее значимым является высокий паритет. Сочетание изученных провоцирующих факторов риска развития пролапса тазовых органов установлено у 49 (57,3%) женщин обеих групп.

Частота содействующих факторов у обследованных женщин представлена на рисунке.



Частота содействующих факторов риска развития пролапса тазовых органов у женщин репродуктивного возраста и старших возрастных групп

Особенностью обследованных нами женщин с пролапсом тазовых органов явилась высокая частота ожирения. Средний индекс массы тела у женщин репродуктивного возраста с пролапсом тазовых органов составил $26,2 \pm 4,8$, у женщин старших возрастных групп – $28,1 \pm 4,9$, т.е. в обеих группах средний индекс массы тела соответствовал избыточной массе тела. Среди женщин репродуктивного возраста с пролапсом тазовых органов ожирение различных степеней тяжести имели 23 (60,5%), среди женщин старших возрастных групп также 23 (76,7%) женщины.

Из других изученных содействующих факторов риска развития пролапса тазовых органов подъем тяжестей отметили каждая 2-я женщина как репродуктивного возраста, так и старших возрастных групп (позднего и климактерического). Значимым фактором риска развития пролапса тазовых органов для жительниц Таджикистана явился также фактор частых запоров и необходимость тужиться во время акта дефекации. Экстрагенитальные заболевания, сопровождающиеся кашлем (хронический бронхит, частые ОРВИ и ангины в анамнезе), отмечены у каждой 6-й женщины старших возрастных групп. У 27 (39,7%) женщин репродуктивного возраста и у 27 (45%) женщин старших возрастных групп отмечено сочетание содействующих факторов риска развития пролапса тазовых органов.

К декомпенсирующему фактору риска развития пролапса тазовых органов относится возраст. Нами проведен корреляционный анализ между возрастом обследованных женщин и степенью тяжести пролапса тазовых органов. Выявлена прямая средняя корреляционная зависимость между возрастом женщины и стадиями тяжести пролапса тазовых органов ($r=0,4$; $p=68$).

Заключение

Выявленные значимые провоцирующие и содействующие факторы риска развития пролапса тазовых органов у жительниц Таджикистана относятся к управляемым факторам. Традиционная многоплодность в стране управляема при качественно оказанных медицинских услугах в центрах репродуктивного здоровья и программам по планированию семьи. Частоту рождения крупных плодов можно регулировать при скорректированном питании во время беременности. Частота ожирения среди женщин может быть снижена при организации информирования населения о правильном питании и необходимости занятий

физической культурой. Таким образом, профилактика пролапса тазовых органов предусматривает устранение управляемых факторов риска развития данной патологии. Установленные в настоящем исследовании значимые факторы риска развития пролапса тазовых органов у жительниц Таджикистана целесообразно принимать во внимание при разработке программ по профилактической медицине.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6, 7 см. в REFERENCES)

1. Абдеева Д.М., Балан В.Е., Трофимов В.Ю., Донников А.Е. Анализ факторов риска стрессового недержания мочи у женщин // Акушерство, гинекология, репродукция. 2012. Т. 6, №2. С. 41-47.
2. Каприн А.Д., Костин А.А., Филимонов В.Б. Изменение качества жизни и сексуальной активности у женщин с тазовым пролапсом после экстраперитонеальной кольпопексии полипропиленовой сеткой // Исследования и практика в медицине. 2015. Т. 2, №1. С.21-26.
3. Тарасов Н.И., Шулгин Н.С. Коррекция функции мочевых путей при пролапсе тазовых органов у женщин // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. Т. 8, № 2. С.152-156.
4. Шапура Д.Д., Шпиленя Е.С., Кубин Н.Д. Эволюция технологий применения синтетических материалов в реконструкции мягких тканей: от герниопластики к хирургии тазового пролапса // Вестник СПбГУ. 2013. Сер. 11, Вып. 2. С.131-140.
5. Шкарупа Д.Д., Кубин Н.Д. Протезирующая реконструкция тазового дна влагалитным доступом: современный взгляд на проблему // Экспериментальная и клиническая урология. 2015. № 1. С. 88.

REFERENCES

1. Abdeeva D. M., Balan V. E., Trofimov V. Yr., Donnikov A. E. Analiz faktorov riska stressovogo nederzhaniya mochi u zhenshchin [Analysis of risk factors of the stress urinary incontinence in women]. *Akusherstvo, ginekologiya, reproduksiya – Obstetrics, gynecology, reproduction*, 2012, Vol. 6, No. 2, pp. 41-47.
2. Kaprin A. D., Kostin A. A., Filimonov V. B. Izmenenie kachestva zhizni i seksualnoy aktivnosti u zhenshchin s tazovym prolapsom posle ekstraperitonealnoy kolpopeksii polipropilenovoy setkoy [Changes in the quality of life and sexual function in women with pelvic prolapse after ligation of colpopexy with polypropylene mesh]. *Issledovaniya i praktika v meditsine – Research and Practical Medicine Journal*, 2015, Vol. 2, No. 1, pp. 21-26.
3. Tarasov N. I., Shulgin N. S. Korrektsiya funktsii mochevykh putey pri prolapse tazovykh organov u zhenshchin [Correction of urinary tract functions in

women with urinary prolapse]. *Meditinskiy vestnik Bashkortostana – Medical Herald of Bashkortostan*, 2013, Vol. 8, No. 2, pp.152-156.

4. Shkapura D. D., Shpilena E. S., Kubin N. D. Evolyutsiya tekhnologiy primeneniya sinteticheskikh materialov v rekonstruktsii myagkikh tkaney: ot gernioplastiki k khirurgii tazovogo prolapsa [Evolution of technologies for using synthetic materials in soft tissue reconstruction: from hernioplasty to pelvic prolapse surgery]. *Vestnik SPbGU – St. Petersburg State University Herald*, 2013, Ser. 11, Issue 2, pp.131-140.

5. Shkarupa D. D., Kubin N. D. Proteziruyushchaya rekonstruktsiya tazovogo dna vlagalishchnym dostupom: sovremennyy vzglyad na problemu [Pelvic floor prosthetics using vaginal access: a modern view of the problem]. *Ekspperimentalnaya i klinicheskaya urologiya – Experimental and clinical urology*, 2015, No. 1, pp. 88.

6. Abrams P. Epidemiology of urinary incontinence and other lower urinary tract symptoms, pelvic organ prolapse and anal incontinence // *Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence. Paris, Health Publication Ltd Publ.*, 2013. 15–107 p.

7. Wu J. M., Matthews C. A., Conover M. M. et al. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstetrics and Gynecology*, 2014, Vol. 123(6), pp. 1201–1206.

Сведения об авторе:

Рахимова Бунафша Саъатовна – соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Рахимова Бунафша Саъатовна – тел.: (+992)931879292; e-mail rbunafsha@bk.ru

Шарипов Х.С., Зарипов А.Р., Сабуров С.К.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРЕДПРОТЕЗНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА В КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Sharipov Kh.S., Zaripov A.R., Saburov S.K.

COMPLEX ESTIMATION OF AFTER PROSTHETIC CONDITIONS OF ORGAN AND TISSUE OF ORAL CAVITY BETWEEN KEY AGE GROUP OF THE ADULT POPULATION

Department of Orthopedic Dentistry of the Avicenna Tajik State Medical University

Цель исследования. Изучение исходного предпротезного состояния кариенологического, пародонтологического и мукологического состояния полости рта в ключевой возрастной группе взрослого населения.

Материал и методы. Обследованы 100 пациентов (56 женщин и 44 мужчины) в ключевой возрастной группе взрослого населения (35-44 лет) при их обращении за стоматологической помощью. Основными критериями предпротезной оценки состояния органов и тканей полости рта явились: показатель интенсивности кариеса зубов; индекс гигиены полости рта по Грину-Вермиллиону; удельный вес проставленных пломб оптимального или неудовлетворительного качества; наличие витальной пульпы зуба; неудовлетворительные признаки ранее наложенных пломб; неудовлетворительные признаки внутриканального и проекционно-периапикального лечения.

Результаты. Усреднённое значение исследуемого показателя у обследованных пациентов составило $12,56 \pm 1,06$. Среди этих же обследованных лиц удельный вес структурных элементов «К», «Р», «Х», «П» и «У» соответствует 7,17%, 11,23%, 27,63%, 1,59% и 52,38%.

Заключение. Во всех группах обследованного контингента больных из клинико-рентгенологических признаков неудовлетворительного эндодонтического лечения были выявлены такие признаки, как болезненная перкуссия (15,9%), околоверхушечные очаги костной резорбции (28,4%), заверхушечное выведение пломбировочного материала (6,6%), пломбирование корневого канала на $2/3$ и $1/2$ длины (соответственно 19,7% и 29,4%).

Ключевые слова: кариенологическое состояние, интенсивность кариеса зубов, пародонтологическое состояние, пломбировочный материал, эндодонтическое состояние, околоверхушечная резорбция, гигиеническое состояние

Aim. Estimation of afterprosthetic conditions of cariesology, parodontology and mucology statues of oral cavity between key age group of the adult population.

Materials and methods. Examined 100 patients (56 woman and 44 men) in the key age group of the adult population (35-44 years) under their address for dentistry help. Main criteria of afterprosthetic condition of organ and tissue of oral cavity are: factor of intensities of caries; Green-Vermillion index hygiene of oral cavity; the specific gravity of the entered seals optimum or unsatisfactory of quality; presence of vitally pulps of the teeth; the unsatisfactory signs of earlier assessed fillings; unsatisfactory signs of innercanal and projection-periapically of the treatment.

Results. Averaged importance of the under investigation factor beside patient has formed 12.56 ± 1.06 . Amongst these examined persons specific gravity structured element of «C», «P», «X», «F» and «E» corresponds to 7.17%, 11.23%, 27.63%, 1.59% and 52.38%.

Conclusion. In all groups of the examined contingent patients from clinical and X-ray sign of unsatisfactory endodontic treatment were revealed such signs, as painful percussion (15.9%), nearapex centers of bone resobtion (28.4%), nearapex removing of filling materials (6.6%), filling of root channel on $2/3$ and $1/2$ lengths (accordingly 19.7% and 29.4%).

Key words: cariology condition, intensity of caries, parodontology condition, filling material, endodontic condition, apex resorbtion, hygienic condition

Актуальность

По сведениям ряда исследователей [4, 7], на сегодня стоматологическая отрасль располагает высокоэффективными методами лечения кариеса и его осложнений, а также патологии пародонта. Тем не менее, для отечественной стоматологии проблема совершенствования качества кариенологического и пародонтологического лечения остается актуальной. В указанном аспекте в ряде исследований последних лет [1, 6] приводятся неутешительные данные о частоте оказания стоматологической помощи неудовлетворительного качества, сопровождающейся большим числом одонтогенных осложнений.

Низкое качество стоматологического лечения, в том числе его профилактической составляющей, не позволяет значительно снизить интенсивность кариенологических и пародонтологических заболеваний, что установлено динамическим наблюдением у населения разных территориально-административных зон Таджикистана [2, 3, 5].

Цель исследования

Изучение исходного предпротезного состояния кариенологического, пародонтологического и мукологического состояния полости рта в ключевой возрастной группе взрослого населения.

Материал и методы исследования

Для изучения предпротезного состояния органов и тканей полости рта и качества предшествующего лечения пациентов, от-

носящихся к прикрепленному контингенту УКЦС ТГМУ, обследованы 100 пациентов (56 женщин и 44 мужчины) в ключевой возрастной группе взрослого населения (35-44 лет) при их обращении за стоматологической помощью.

Основными критериями предпротезной оценки состояния органов и тканей полости рта явились: показатель интенсивности кариеса зубов по индексу КПУз; индекс гигиены полости рта по Грину-Вермиллиону; удельный вес проставленных пломб оптимального или неудовлетворительного качества; наличие витальной пульпы зуба; неудовлетворительные признаки ранее наложенных пломб; неудовлетворительные признаки внутриканального и проекционно-периапикального лечения.

С помощью программы «Statistica 6.0» обработаны полученные результаты. Вычисляли средние показатели (M) и ошибку среднего значения ($\pm m$) для абсолютных величин и доли (P) для относительных величин. Нулевая гипотеза опровергалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В ходе опроса пациентов было установлено, что среднестатистический период с момента последнего визита к стоматологу составил от 6 месяцев до 7 лет. Структурное распределение периода обращения пациентов к специалисту оказалось таковым: 6 месяцев – у 5,6% опрошенных, 1 год – у 50,7%, 2 года – у 18,8%, 3 года – у 8,4%, 4 года – у 11,8%, 5 лет – у 2,3%, 6 лет – у 1,5%, 7 лет – у 0,9% (рис. 1).

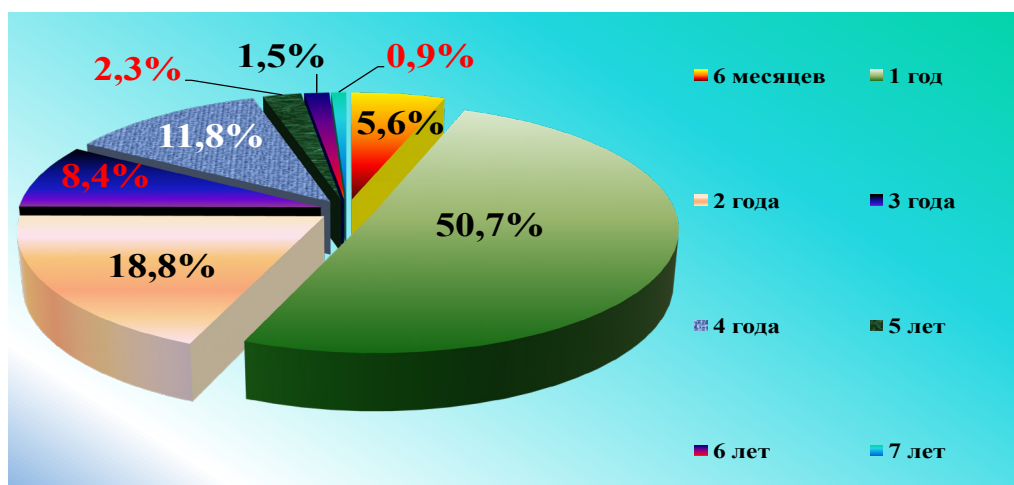


Рис. 1. Структурное распределение периода обращения пациентов к врачу-стоматологу

Полученные результаты по изучению интенсивности кариеса зубов позволяют отметить, что усредненное значение исследуемого показателя у пациентов в возрасте 35-44 лет составило $12,56 \pm 1,06$. Среди этих же

обследованных лиц удельный вес структурных элементов «К», «Р», «Х», «П» и «У» соответствует $0,90 \pm 0,25$ (7,17%), $1,41 \pm 0,27$ (11,23%), $3,47 \pm 0,17$ (27,63%), $0,20 \pm 0,09$ (1,59%) и $6,58 \pm 0,28$ (52,38%) (рис. 2).

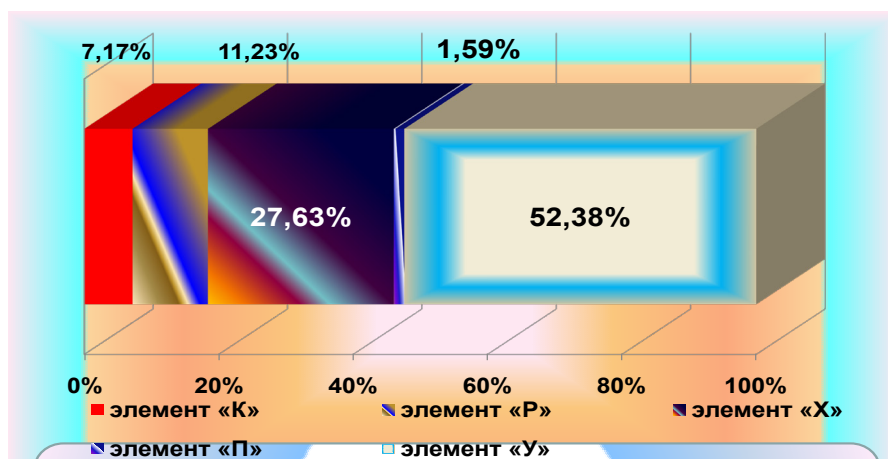


Рис. 2. Исходное значение структурных элементов интенсивности кариеса зубов у пациентов 35-44 лет (в % к общим величинам КПУз)

Во второй и третьей возрастных группах пациентов значение интенсивности кариеса зубов составило соответственно $11,09 \pm 0,78$ и $12,56 \pm 1,08$ единиц. Во второй возрастной группе удельный вес структурных элементов «К», «Р», «Х», «П» и «У» соответствует $0,76 \pm 0,09$ (6,85%), $1,33 \pm 0,22$ (11,99%), $3,29 \pm 0,14$ (29,67%), $0,14 \pm 0,05$ (1,26%) и $5,57 \pm 0,28$ (50,23%) при соответствующих значениях $0,11 \pm 0,06$ (0,88%), $1,67 \pm 0,31$ (13,30%), $3,42 \pm 0,17$ (27,22%), $2,12 \pm 0,10$ (16,88%) и $5,24 \pm 0,44$ (41,72%) в третьей возрастной группе.

У обследованных пациентов 58,6% из выявленных пломб по критериальным параметрам характеризовались удовлетворительным качеством. Нами выяснено, что у пациентов время с момента наложения пломб в среднем составило от 6 месяцев до

3 лет. Такие пломбы в зависимости от топического расположения кариозных полостей по Блеку распределялись на дефекты I класса (53,2%), II (27,3%), III (8,2%), IV (4,7%), V (5,3%) и VI (1,3%) класса.

Среди обследованных лиц в зависимости от вида пломбировочного материала в 65,4% случаев пломбы с удовлетворительным качеством изготовлены из композитов светового способа отверждения, в 12,2% случаев – из композитов химического способа отверждения, в 6,7% случаев – из стеклоиономерного цемента и в 15,7% случаев – из традиционных пломб.

Из общего количества ранее наложенных пломб с удовлетворительным качеством в 65,7% случаев зубы оказались с интактной пульпой, в 34,3% случаев – зубы были депульпированы (рис. 3).

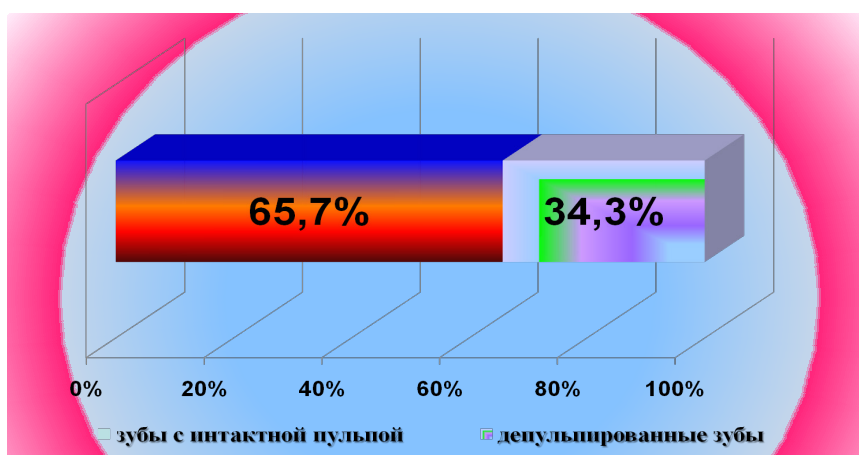


Рис. 3. Распределение ранее наложенных пломб с удовлетворительным качеством в зависимости от сохранности пульпы (%)

Из общего количества ранее наложенных пломб (163 шт.) реставрации с неудовлетворительным качеством были выявлены в

41,1% случаев (67 пломб), сроки наложения этих пломб составили от 1 года до 8 лет. Неудовлетворительные пломбы по своей

локализации, в основном, представлены I классом (44,7%), II (31,2%), III (7,7%), IV (3,9%), V (11,9%) и VI (0,6%) классами по Блеку.

Сопоставительная оценка исходных показателей позволяет отметить, что среди неудовлетворительных пломб меньше пломб I класса (44,7%), больше пломб II (31,2%) и V классов (11,9%), в отличие от пломб удовлетворительного качества (соответственно 53,2%, 27,3% и 5,3%).

Из признаков неудовлетворительных пломб с дефектами качества выявлены изменение цвета пломбы (64,7%), вторичный кариес (75,8%), нависающий край пломбы

(57,2%), отколы пломбы и зуба (15,4%), усадка пломб (87,4%), нарушение краевого прилегания пломбы (95,3%), сглаженная окклюзионная поверхность (86,2%). При визуализации ранее наложенных пломб с неудовлетворительным качеством зубы с интактной пульпой и депульпированные составили соответственно 56,4% и 43,6%.

Среди пломб с неудовлетворительным качеством 17,3% пломб с недостатками выполнены из пломбы светового способа отверждения, 25,5% - из пломб химического способа отверждения, 2,9% - из стеклоиономерного цемента, 54,2% - из традиционного пломбирочного материала (рис. 4).

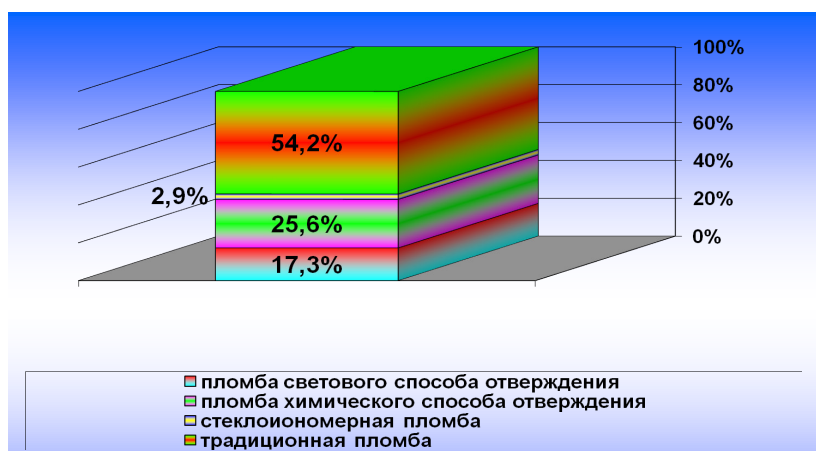


Рис. 4. Распределение ранее наложенных пломб с неудовлетворительным качеством в зависимости от вида пломбирочного материала (% от общего количества наложенных пломб)

Как свидетельствуют данные рисунка 4, пломбы с дефектами реже изготавливались из композита светового способа отверждения (17,3%) и стеклоиономерного цемента (2,9%), чаще – из традиционного материала (54,2%) и композита химического способа отверждения (25,6%).

Среди наложенных пломб неудовлетворительного качества 22,7% из них оказались обширными, восстанавливающими большую часть коронковой части зуба и 5,2% из них использованы на анкерных металлических штифтах. Среди этих реставраций выпавшие пломбы отмечены в 8,6% случаев в структуре дефектных пломб, при этом 73,5% выпавших пломб были ранее наложены в обширные кариозные полости депульпированных зубов.

Частота первичного кариозного поражения в ранее незапломбированных зубах составила 45,3% при интенсивности $2,2 \pm 0,04$ единиц на одного обследованного. По топическому расположению первичные запломбированные кариозные полости соответствовали нижеследующим классам по

Блеку: I – 55,6%, II – 21,8%, III – 6,9%, IV – 3,3%, V – 9,8%, VI – 2,6%.

Среди всех обследованных групп пациентов глубокое кариозное поражение нами выявлено в 18,2% зубов с первичным кариесом, средний – в 71,4%, поверхностный – в 6,8%, полное разрушение коронковой части зуба – в 3,6% зубов.

В ключевой возрастной группе 35-44 лет внутриканальному лечению ранее подверглись $1,8 \pm 0,3$ зуба на одного обследованного пациента. В 59,8% зубов с эндодонтическим лечением произведено полноценное пломбирование корневых каналов, среди которых одно-, двух- и трехкорневых зубов составили соответственно 38,6%, 24,5% и 36,9%. Среди обследованных лиц неполноценному пломбированию корневых каналов подверглись 40,2% зубов, среди которых одно-, двух- и трехкорневым зубам соответствовали 10,2%, 23,7% и 66,1%.

Из клинико-рентгенологических признаков неудовлетворительного эндодонтического лечения были выявлены такие, как

болезненная перкуссия (15,9%), околоверхушечные очаги костной резорбции (28,4%), завершушечное выведение пломбировочного

материала (6,6%), пломбирование корневого канала на 2/3 и 1/2 длины (соответственно 19,7% и 29,4%) (рис. 5).

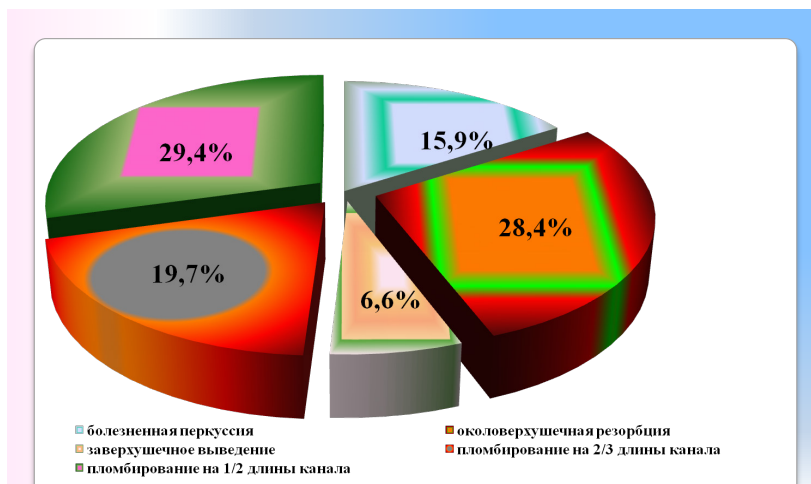


Рис. 5. Клинико-рентгенологические признаки неудовлетворительного эндодонтического лечения

При рентгенологическом обследовании было выявлено, что среди 3,8% ранее пломбированных и эндодонтически нелечёных зубов имеются околоверхушечные очаги костной резорбции. Независимо от качества obturation корневого канала для внутриканального пломбирования в 75,8% случаев была использована гуттаперча.

Усреднённое значение индекса гигиены полости рта по Грину-Вермиллиону соответствовало удовлетворительному уровню ($1,62 \pm 0,09$): при этом хорошая гигиена полости рта обнаружена у 47,6% пациентов, удовлетворительная и плохая гигиена полости рта – соответственно у 19,9% и 32,5% обследованных лиц.

При оценке пародонтологического статуса распространённость признаков заболеваний пародонта в среднем составила 58,5%. Структуризация патологических признаков пародонта показала, что хронический очаговый и генерализованный гингивит встречаются соответственно в 11,5% и 3,6% случаев, хронический очаговый пародонтит – в 29,3% случаев, хронический генерализованный пародонтит лёгкой и средней степеней тяжести – соответственно в 9,2% и 4,9% случаев. Среди обследованных лиц интактное состояние тканей пародонта визуализировалось в 41,5% случаев (рис. 6).

Индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРІТN) в среднем был равен $3,01 \pm 0,15$ секстанта: при этом кровоточивость дёсен составила $1,28 \pm 0,05$ пародонтального секстанта, суб- и супрагингивальные минерализованные зубные отложения – $1,10 \pm 0,04$ секстанта, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – $0,55 \pm 0,03$ секстанта, патологические зубодесневые карманы глубиной 5 мм и более – $0,05 \pm 0,02$ секстанта, исключенные секстанты – $0,03 \pm 0,01$.

Индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРІТN) в среднем был равен $3,01 \pm 0,15$ секстанта: при этом кровоточивость дёсен составила $1,28 \pm 0,05$ пародонтального секстанта, суб- и супрагингивальные минерализованные зубные отложения – $1,10 \pm 0,04$ секстанта, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – $0,55 \pm 0,03$ секстанта, патологические зубодесневые карманы глубиной 5 мм и более – $0,05 \pm 0,02$ секстанта, исключенные секстанты – $0,03 \pm 0,01$.

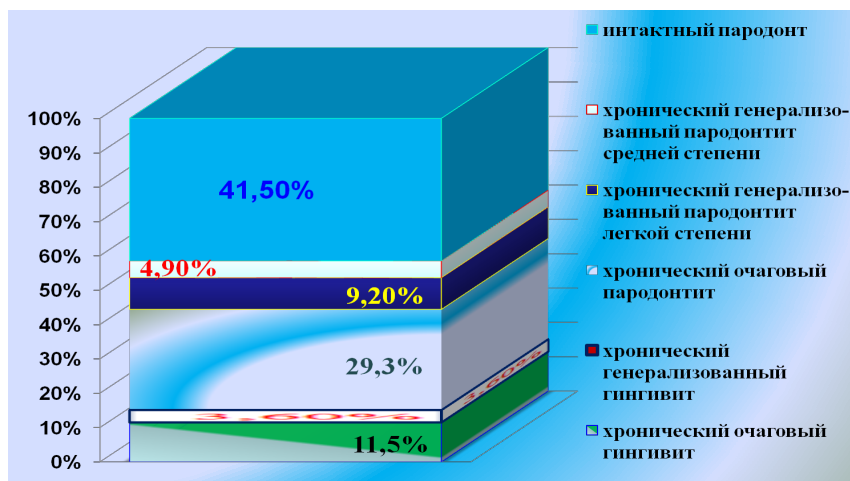


Рис. 6. Структурное распределение патологии в ключевой возрастной группе взрослого населения, %

При клинико-рентгенологическом анализе пародонтологического статуса из проявлений заболеваний пародонта обнаружены: кровоточивость дёсен у 63,4% обследованных, суб- и супрагингивальные минерализованные зубные отложения – у 58,8%, патологические зубодесневые карманы различной глубины – у 42,9%, резорбция межзубных костных перегородок – у 48,5%, подвижность зубов – у 43,0%, смещение зубов и травматическая окклюзия – соответственно у 5,7% и 4,4% обследованных пациентов.

Заключение

При изучении исходных показателей стоматологического статуса и качества ранее проведённого стоматологического лечения в ключевой возрастной группе взрослого населения становится очевидным, что кариесологические, гигиенические и пародонтологические показатели находились на очень низком уровне. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости совершенствования качества предпротезной подготовки полости рта среди обследованного контингента больных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашууров Г.Г., Исмоилов А.А., Каримов С.М. Патология полости рта у больных с неблагоприятным соматическим фоном. Душанбе, 2016. 319 с.
2. Ашууров Г.Г., Махмудов Д.Т. Состояние стоматологического здоровья в зависимости от адаптивной лабильности физиологических параметров организма // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2017. № 1. С. 43-46.
3. Ашууров Г.Г., Махмудов Д.Т. Результаты усовершенствования основных принципов санации полости рта у лиц с разной привычной двигательной активностью // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2018. № 3. С. 38-42.
4. Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б., Алиева З.Б. Современные реалии состояния качества оказываемой стоматологической помощи по поводу кариеса зубов в г. Дербенте // Российский стоматологический журнал. 2013. № 2. С. 47-49.
5. Бобоев К.Р., Сабуров С.К. Стоматологическая помощь жителям высокогорья Матчинского района // Здравоохранение Таджикистана. Душанбе, 2011. № 4. С. 5-7.
6. Горбунова И.Л., Михайкина Н.И. Клинико-эпидемиологическая оценка кариеса зубов у лиц с разным состоянием пародонта // Стоматология. 2015. № 4. С. 44-48.
7. Иванова Г.Г., Храмова С.В. Проблемы ранней диагностики и своевременной профилактики поражений твердых тканей зубов с различной степенью минерализации (часть III) // Институт стоматологии. 2013. № 2. С. 74-77.

REFERENCES

1. Ashurov G. G., Ismoilov A. A., Karimov S. M. *Patologiya polosti rta u bolnykh s neblagopriyatnym stomatologicheskim statusom* [Pathology of oral cavity beside patients with disadvantage somatic background]. Dushanbe, 2016, 319 p.
2. Ashurov G. G., Makhmudov D. T. Sostoyaniya stomatologicheskogo zdorovya v zavisimosti ot adaptivnoy labilnosti fiziologicheskikh parametrov organizma [Results improvement of the cardinal principles treatment of oral cavity beside persons with different accustomed motor activity.] *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniy v sfere zrdavookhraneniya – Herald of the Institute of Postgraduate Education in Health Sphere*, Dushanbe, 2017, No. 1, pp. 43-46.
3. Ashurov G. G., Makhmudov D. T. Rezultati usovershenstvovaniya osnovnykh printsiptov sanatsii polosti rta u lits s raznoy privichnoy dvigatelnoy aktivnostyu [Condition of dentistry health in depending of adaptive labiality physiological parameter of the organism]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniy v sfere zrdavookhraneniya – Herald of the Institute of Postgraduate Education in Health Sphere*, Dushanbe, 2018, No. 3, pp. 38-42.
4. Bakhmudov B. R., Bakhmudov M. B., Alieva Z. B. Sovremennye realii sostoyaniya kachestva okazivaemoy stomatologicheskoi pomoshi po povodu kariesa zubov v g. Dербente [Modern really condition of quality turned out of dentistry help on cause of caries in Dербente]. *Rossiiskiy stomatologicheskii zhurnal – Russian Dentistri Journal*, 2013, No. 2, pp. 47-49.
5. Boboev K. R., Saburov S. K. Stomatologicheskaya pomoshch zhitelyam visokogorya Matchinskogo raiona [Dentistry help between inhabitant of the highmountain of Mastchokh region]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, Dushanbe, 2011, No. 4, pp. 5-7.
6. Gorbunova I. L., Mikheikina N. I. Kliniko-epidemiologicheskaya otsenka kariesa zubov u lits s raznym sostoyaniem parodonta [Clinical and epidemiological estimation of tooth caries beside persons with different condition of parodont]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2015, No. 4, pp. 44-48.
7. Ivanova G. G., Khramsova S. V. Problemy ranney diagnostiki i svoevremennoy profilaktiki porazheniya tvyordikh tkaney zubov s razlichnoy stepenyu mineralizatsii (chast III) [Problems of the early diagnostics and well-timed preventive maintenance of the defeats hard fabric of teeth with different degree of mineralization (part III)]. *Institut stomatologii – Institute of Dentistry*, 2013, No. 2, pp. 74-77.

Сведения об авторах:

Шарипов Хуриед Саиджонович – соискатель кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Зарипов Акбар Рахмонович – зав. кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н., доцент
Сабуров Сабур Каримович – доцент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Контактная информация:

Зарипов Акбар Рахмонович – тел.: (+992) 938-03-63-29

Шафозода М.Б., Каримов С.М., Одинаев И.С.

АНАЛИЗ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ И КРАЕВОГО ПАРОДОНТА ОПОРНЫХ ЗУБОВ В СИСТЕМЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ

Учебно-клинический центр «Стоматология» ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Shafozoda M. B., Karimov S.M., Odinaev I.S.

ANALYSIS OF THE SOURCE CONDITION OF UNREMOVED DENTURES AND MARGINAL PARODONT OF SUPPORTING TEETH IN THE SYSTEM OF ORTHOPEDIC DESIGN

Scholastic-clinical centre «Dentistry» of the Avicenna Tajik State Medical University
Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of
Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan» dentures

Цель исследования. Комплексная оценка исходного состояния несъемных протезов и краевого пародонта опорных зубов в системе ортопедической конструкции.

Материал и методы. В соответствии с указанными критериями в клиническое исследование включили 548 пациентов. 59,5% пациентов (326 чел.) составляли женщины. Было исследовано 832 несъемных мостовидных протеза по параметрам функциональности, надежности, эстетики. У пациентов выяснили анамнез в отношении этих конструкций, а также время пользования ими. Среди исследованных конструкций изучались протетические осложнения и дефекты. На основе индивидуальных регистрационных карт был сформирован сводный массив данных, ставший основой для клинического анализа несъемных конструкций и околозубных тканей опорных зубов.

Результаты. Самым распространенным нежелательным явлением среди исследованных единиц несъемных протезов были поломки конструкций (31,6%). На втором месте по частоте оказались перелом и разрушение опорных зубов под коронками (38,0% случаев). Далее по частоте следуют пародонтологические осложнения в области краевого пародонта опорных зубов (23,6% от общего числа протетических осложнений). Пульпиты и рецессия десны в области опорных зубов были характерны лишь для штампованно-паяных протезов, на их долю пришлось 6,8% протетических осложнений.

Заключение. Частота пародонтологических осложнений протетического генеза при использовании штампованно-паяных протезов является определяющей для совокупности доли названных осложнений во все сроки использования этими протезами.

Ключевые слова: несъемный протез, краевой пародонт, ортопедическая конструкция, протетическое осложнение

Aim. Complex estimation of the source condition of unremoved prosthetic device and marginal parodont of supporting teeth in the system of orthopedic design.

Materials and methods. In accordance with specified criteria 548 patients have included in clinical study. 59.5% patient (326 person) formed woman. There was explored 832 unremoved prosthetic device on parameter of functionality, reliability, aesthetics. Beside patient have realized anamnesis in respect of these design, as well as time of the use denture. Amongst explored design were study prosthetic complication and defects. On base of the individual registration cards formed consolidated array data became base of clinical analysis of unremoved design and nearteeth tissue of supporting teeth.

Results. Wide-spread undesirable phenomena's amongst explored units of unremoved prosthetic device were a breakages design (31.6%). On 2nd place on frequency turned out to be fracture and destruction supporting teeth under crown (38.0%). Hereinafter follow on frequency parodontology complication in the field of marginal parodont of supporting teeth (23.6% from the total number of prosthetic complications). Pulpits and recession of gums in the field

of supporting teeth were typical only for pressed-soldering prosthetic device and on their share happened to 6.8% prosthetic's complications.

Conclusion. Frequency of parodontology complications of prosthetic genesis when use pressed-soldering prosthetic device is defining for collection of the share of the named complications in all periods of the use these prosthetic device.

Key words: unremoved prosthetic device, marginal parodont, orthopedic design, prosthetic complication

Актуальность

Оптимальный выбор метод лечения пациентов с частичным отсутствием зубов до сих пор остается одной из основных проблем ортопедической стоматологии. В последнее время все большую актуальность приобретают вопросы обоснования рационального выбора несъемных ортопедических конструкций из материалов с учетом доказанной эффективности и безопасности для окружающих тканей [3, 4, 6]. Обоснованный выбор ортопедического лечения окклюзионных дефектов возможен лишь при наличии достоверных данных о рисках возникновения протетических осложнений. К сожалению, невозможно добиться искомого уровня доказательности осложнений протетического генеза по результатам многочисленных исследований, так как они несопоставимы, поскольку выполнялись по разным методологиям, на разных контингентах ортопедических пациентов, которые не поддаются идентификации по критериям включения и исключения [1, 2, 5].

В то же время достоверные данные в отношении различных осложнений у пациентов с несъемными конструкциями можно получить при использовании клинического способа оценки краевого пародонта в системе ортопедической конструкции, позволяющих выявить закономерности развития

протетических осложнений, что определяет актуальность планируемого нами исследования.

Цель исследования

Комплексная оценка исходного состояния несъемных протезов и краевого пародонта опорных зубов в системе ортопедической конструкции.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базах Учебно-клинического центра стоматологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино» и кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». Пациенты отобраны в исследование при скрининге по следующим критериям: возраст старше 20 лет; включенные дефекты зубного ряда с наличием несъемного мостовидного протеза; информационное согласие на участие в клиническом исследовании, предусматривающие согласие на интервьюирование.

В соответствии с указанными критериями в клиническое исследование включили 548 пациентов (данный объем выборки является репрезентативным). 59,5% пациентов (326 чел.) составляли женщины. Распределение пациентов по возрасту представлено на рисунке 1.

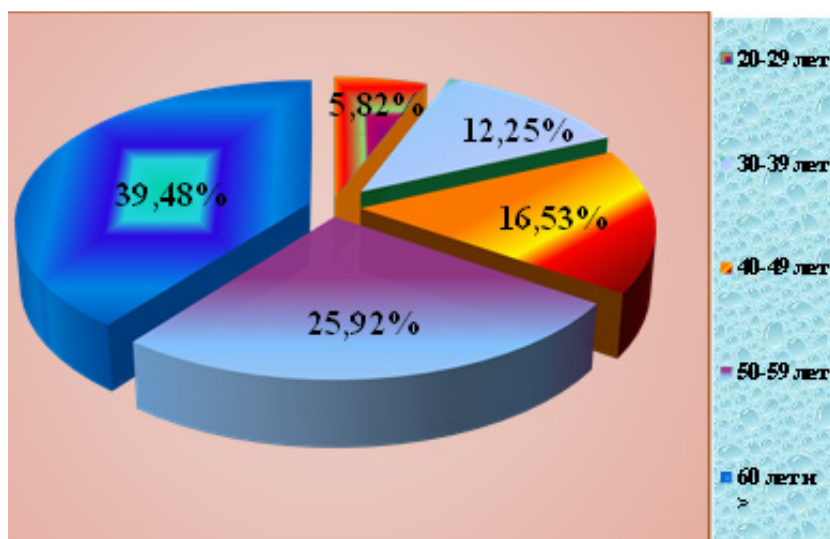


Рис. 1. Повозрастное распределение ортопедических пациентов с несъемными протезами

Пациенты прошли клиническое обследование, при этом исследовано 832 несъемных мостовидных протеза по параметрам функциональности, надежности, эстетики. У пациентов выясняли анамнез в отношении этих конструкций, а также время пользования ими. Среди исследованных конструкций изучались протетические осложнения и дефекты. Под осложнениями мы в данном случае понимали патологические воспалительные процессы краевого пародонта протетического генеза, развившиеся в связи с ортопедическим лечением или вследствие пользования протезами в отдаленные сроки наблюдения. Дефектами протезов считались возникшие в процессе пользования повреждения несъемной конструкции и нарушения функционирования, обусловившие необходимость починки или переделки. С учетом изложенного выше определялась необходимость лечения про-

тетических осложнений, коррекции протезов, их переделки (либо снятия и замены другой конструкцией).

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Для сравнения количественных показателей использовали непараметрический метод. Статистически достоверными считались отличия с 95% ($p < 0,05$) уровнем значимости.

Результаты и их обсуждение

В ходе определения ортопедического статуса обнаружено, что сроки пользования несъемными протезами среди обследованного контингента составили от 1 года до 10 лет и более. Самыми распространенными оказались штампованно-паяные конструкции (526 единиц), и их доля составила 67,5%, далее следует металлокерамические – 149 единиц (17,9%), металлопластмассовые – 102 (12,2%) и цельнолитые – 55 единиц (2,4%) (рис. 2).

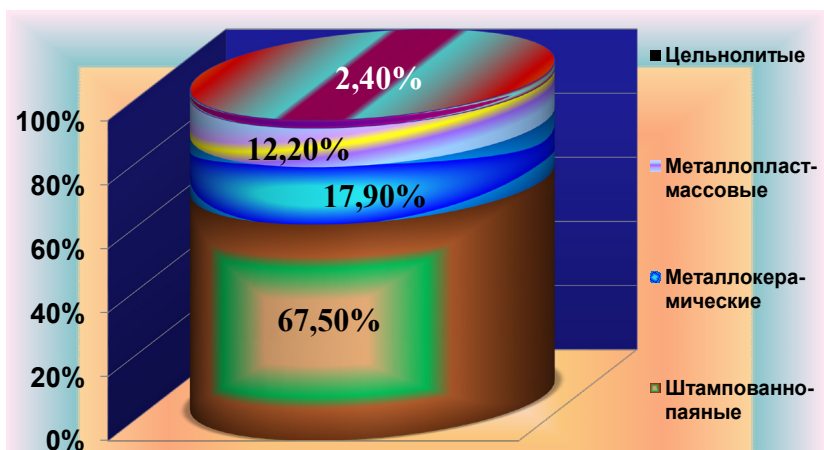


Рис. 2. Распространенность несъемных ортопедических конструкций среди обследованного контингента больных

Штампованно-паяные несъемные протезы со сроком пользования до 5 лет составили

73,8%, в категории от 5 до 10 лет – 19,5%, в категории более 10 лет – 6,7% (рис. 3).

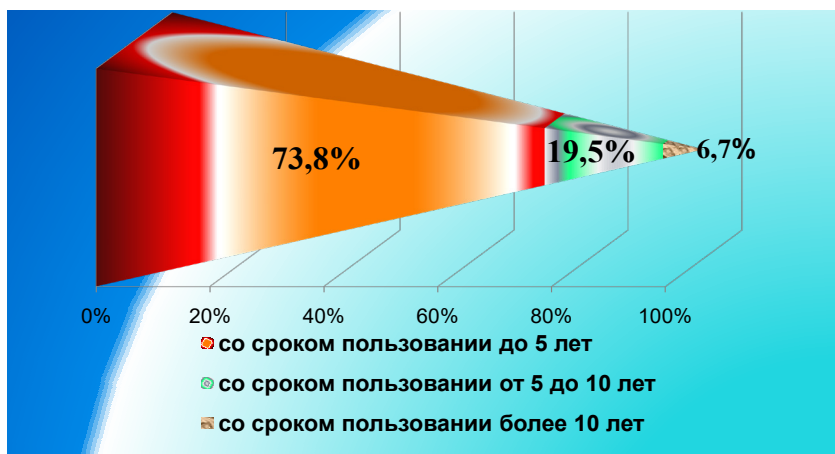


Рис. 3. Сроки пользования штампованно-паяных протезов (в % от общего количества соответствующих конструкций)

Данные иллюстрации свидетельствуют о недостаточно частом применении цельнолитых конструкций в стоматологической практике в недалеком прошлом из-за более высокой трудоемкости их изготовления и более высокой цены. В то же время наблюдается тенденция к их все более широкому внедрению в ортопедической практике.

Среди исследованных единиц несъемных протезов самым распространенным из нежелательных явлений были поломки конструкций (переломы в области пайки, сколы облицовки) – 31,6%, причем при штампованно-паяных протезах они встречались чаще (в 49,9% случаев). На втором месте по частоте оказались перелом и разрушение опорных зубов под коронками (38,0% случаев), что встречалось как при использовании штампованно-паяных протезов, так и цельнолитых конструкций. По частоте встречаемости протетических осложнений на третьем месте оказалась расцементировка (31,2% от всех случаев протетических осложнений). Особенно велика доля расцементирования при использовании цельнолитых протезов. Далее по частоте следуют пародонтологические осложнения в области краевого пародонта

опорных зубов (23,6% от общего числа протетических осложнений), причем их удельный вес в группе цельнолитых протезов в 2 раза ниже, чем в группе осложнений, связанных со штампованно-паяными протезами (3,7% и 8,6% соответственно). Пульпиты и рецессия десны в области опорных зубов были характерны лишь для штампованно-паяных протезов и на их долю пришлось 6,8% протетических осложнений (рис. 4).

В целом, спектр осложнений при штампованно-паяных мостовидных протезах значительно шире, чем при цельнолитых. Наиболее частыми осложнениями, характерными для штампованно-паяных мостовидных протезов, являются поломка протеза (в виде разрушения соединения промежуточной части протеза и опорных коронок). Истирание жевательной поверхности коронки в виде сквозного дефекта наблюдали только у штампованно-паяных конструкций. Также лишь в этой группе отмечались пульпиты опорных зубов и кистогранулемы в области верхушек корней опорных зубов. На 196 случаев протетических осложнений, которые мы наблюдали, пришлось 191 (97,4%) ортопедическая конструкция, подлежащая снятию.

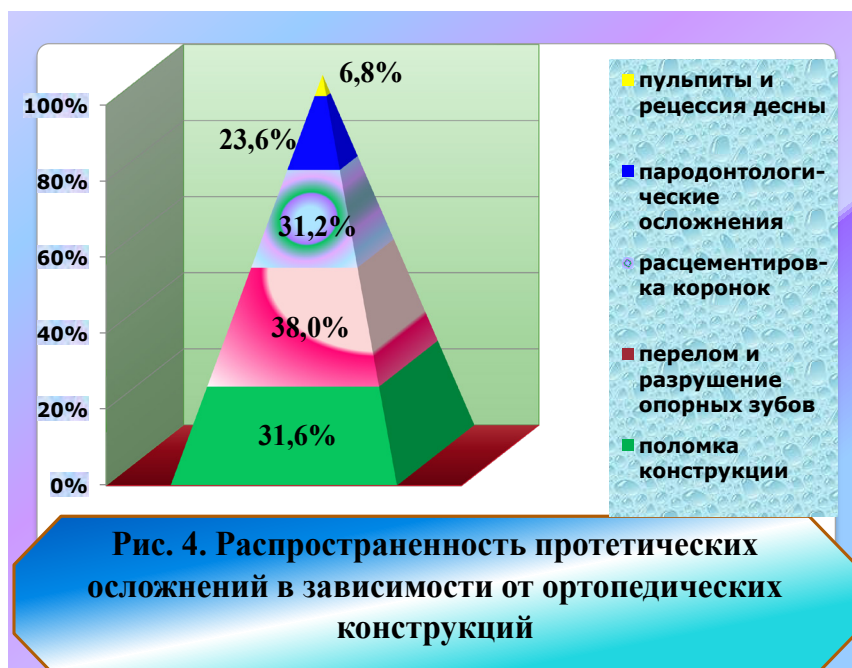


Рис. 4. Распространенность протетических осложнений в зависимости от ортопедических конструкций

Пародонтологические осложнения протетического генеза, связанные с использованием несъемными протезами, выявлены в 196 случаях (23,6% от общего числа) исследованных конструкций. При этом на штампованно-паяные мостовидные протезы пришлось 162

(30,8%) случая пародонтологических осложнений, а на цельнолитые с облицовкой или без нее – 9 (16,4%).

Частота пародонтологических осложнений протетического генеза при использовании штампованно-паяных протезов

является определяющей для совокупности доли названных осложнений во все сроки использования этими протезами. Так, при сроках пользования до 5 лет частота новых случаев пародонтологических осложнений у пациентов штампованно-паяными протезами составляет 34,6%, при сроках от 5 до 10 лет – 40,2%, при сроках более 10 лет – 25,2%. Для цельнолитых несъемных конструкций эти показатели составляют соответственно 5,4%, 22,2% и 7,6%, при интактном состоянии околозубных тканей опорных зубов – 64,8%.

На основании полученных данных мы предлагаем прогностический алгоритм для меньшего использования штампованно-паяных протезов и большего применения цельнолитых протезов без облицовки, металлокерамических и металлопластмассовых конструкций. Предложенный алгоритм дает возможность с высокой степенью достоверности прогнозировать исход ортопедического лечения с учетом возможного развития пародонтологического риска протетического генеза и его статистической вероятности в течение долгосрочного периода ортопедического наблюдения.

Заключение

Штампованно-паяные конструкции дают более высокую долю осложнений пародонтологического характера, чем цельнолитые мостовидные протезы, не только потому, что их больше среди исследованных конструкций, но и по удельному весу в соответствующей категории.

Полученные результаты способствуют оптимальному выбору методов и средств несъемного протезирования и обоснованному принятию врачебных решений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-6 см. в REFERENCES)

1. Ашуров Г.Г., Мухамедов Ш.Ш. Результаты изучения гидродинамики краевого пародонта витальных и девитальных опорных зубов в системе металлокерамической конструкции // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2016. № 3. С. 31-34.

2. Жулев Е.Н., Серов А.Б. Влияние искусственных коронок на состояние краевого пародонта // Стоматология. 2010. Т. 89, № 2. С. 62-64.

3. Майборода Ю.Н., Караков К.Г., Зеленский В.А. Осложнения при применении металлокерамических протезов // Пародонтология. 2013. № 4. С. 32-36.

REFERENCES

1. Ashurov G. G., Mukhamedov Sh. Sh. Rezultaty izucheniya gidrodinamiki parodonta vitalnykh i devitalnykh opornykh zubov v sisteme metallokeramicheskoy konstruktсии [Results of the study hydrodynamics of marginal parodont of vitality and devitally supporting teeth in the system of metalceramic designs]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2016, No. 3, pp. 31-34.

2. Zhulev E. N., Serov A. B. Vliyanie iskusstvennykh koronok na sostoyanie kraevogo parodonta [Influence of artificial crown on condition of marginal parodont]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2010, Vol. 89, No. 2, pp. 62-64.

3. Maiboroda Yu. N., Karakov K. G., Zelenskiy V. A. Oslozhneniya pri primenenii metallokeramicheskikh protezov [Complications under the using of metalceramic prosthetic device]. *Parodontologiya – Parodontology*, 2013, No. 4, pp. 32-36.

4. Crispin B.J. A longitudinal study of bonded fixed partial dentures: the first 5 years. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 2011, Vol. 66, pp. 336-342.

5. Richter W.A., Ueno H. Relationship of crown margin placement to gingival inflammation. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 2015, Vol. 30, No. 2, pp. 156-161.

6. Weisgold A.S. Contours of the full crown restoration. *Alpha Omega*, 2017, Vol. 70, No. 3, pp. 77-89.

Сведения об авторах:

Шафозода Мохираи Бахшибек – соискатель кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Каримов Сафаррахмад Мунаварович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Одинаев Исломиддин Сангович – директор Учебно-клинического центра «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Контактная информация:

Каримов Сафаррахмад Мунаварович – тел.: (+992) 918-61-62-08

Шукурова С.М., Шодиев Б.Р., Абдуллоев М.Ф., Раджабов Р.М.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ В АССОЦИАЦИИ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Shukurova S. M., Shodiev B. R., Abdullaev M. F., Radjabov R.M.

RHEUMATOID ARTHRITIS IN AN ASSOCIATION WITH RELATED DISEASES

Department of Therapy and Cardio-rheumatology of State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Охарактеризовать частоту и спектр сопутствующих состояний у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 170 больных РА (131 женщина и 39 мужчин) на предмет коморбидности. Представлен индекс 10-летней выживаемости (индекс Charlsona), а также характер медикаментозной терапии сопутствующих заболеваний в динамике у больных РА.

Результаты. Коморбидные состояния у больных РА встречаются часто (89,3%), а в 61,7% случаев наблюдалось существование нескольких сопутствующих заболеваний (двух и более). Среди кардиоваскулярной патологии превалирует артериальная гипертензия (60,5%) и ишемическая болезнь сердца (34,3%), на втором месте - вторичный остеоартроз и остеохондроз (59,4%) и замыкают тройку лидерства гастропатии (42,9%). Динамическое наблюдение (1 год) частоты коморбидных состояний у больных РА, показало достоверное увеличение числа пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями.

Анализ медикаментозной терапии у больных РА с сопутствующей патологией выявил ряд особенности: антигипертензивные и ингибиторы протонной помпы являлись наиболее часто назначаемыми средствами: 71,7% и 68,8% соответственно. Каждый третий больной изменил режим патогенетической терапии ввиду обострения патологии желудочно-кишечного тракта, повышения артериального давления и снижения показателей гемоглобина.

Заключение. У больных ревматическими заболеваниями определяется от двух и более сопутствующих заболеваний. Частота, характер и индекс коморбидности находятся в прямой зависимости от вида ревматического заболевания и пола. Наибольшее количество сопутствующих заболеваний наблюдалось у больных остеоартрозом и ревматоидным артритом. Среди сопутствующих состояний у больных ревматическими заболеваниями лидирующие позиции занимают кардиоваскулярные заболевания.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, коморбидность, индекс коморбидности

Aim. To characterize the frequency and spectrum of concomitant conditions in patients with rheumatoid arthritis (RA).

Materials and methods. The results of a comprehensive examination and treatment of 170 patients with RA (131 women and 39 men) for comorbidity were analyzed. The index of 10-year survival (Charlsona index) is presented, as well as the nature of drug therapy of concomitant diseases in dynamics in patients with RA.

Results. Comorbid conditions are common in RA patients (89,3%), and in 61,7% of cases, the existence of several concomitant diseases (two or more) was observed. Among cardiovascular pathologies, arterial hypertension (60,5%) and coronary heart disease (34,3%) predominate, secondary osteoarthritis and osteochondrosis (59,4%) are in second place and close the top three gastropathy leaders (42,9%). A dynamic observation (1 year) of the frequency of comorbid conditions in RA patients showed a significant increase in the number of patients with several concomitant diseases. An analysis of drug therapy in in patients with RA with concomitant pathology revealed a few features: antihypertensive and proton pump inhibitors were the most prescribed agents: 71,7% and 68,8%, respectively. Every third patient changed

the mode of pathogenetic therapy in view of exacerbation of gastrointestinal pathology, increased blood pressure and decreased hemoglobin indicators.

Conclusion. In patients with rheumatic diseases (RD) are determined from two or more concomitant diseases. The frequency, nature, and comorbidity index are directly dependent on the type of RD and gender. The greatest number of comorbidities was observed in patients with OA and RA. Cardiovascular diseases occupy the leading positions among concomitant conditions in patients with RD.

Key words: *rheumatoid arthritis, comorbidity, comorbidity index*

Актуальность

В рейтинге «болезней человечества» ревматические заболевания (РЗ) занимают одно из первых мест. Учитывая, что количество ревматологических больных с каждым годом растет, можно без преувеличения сказать, что проблема приобретает общенациональный масштаб [6, 8, 11].

В последние десятилетия особый интерес исследователей направлен на коморбидные состояния при РЗ и обусловлен влиянием последних на течение и прогноз конкретного заболевания, а также трудности в выборе тактики лечения [3, 4, 5].

Термин «коморбидность» впервые предложил американский исследователь А. R. Feinstein в 1970 году для отражения существования «любых клинических сущностей, которые выявляются или выявлялись в анамнезе заболевания пациента» [7]. Внедренная французским врачом С. Y. Bouchard концепция «артритизма» – склонность пациентов с болезнями суставов (артрит, подагра, ревматизм) иметь другие болезни (диабет, ожирение атеросклероз, мигрень) – впервые описана еще в 1970 году.

Ревматоидный артрит (РА) в структуре воспалительных заболеваний занимает ведущее место. Для РА характерно хроническое прогрессирующее течение с вовлечением в процесс внутренних органов, ведущее к инвалидизации трудоспособного контингента и к снижению продолжительности жизни больных [5, 9, 11]. В последние годы отмечается рост числа пациентов РА во всех возрастно-половых группах, а также тенденции к росту случаев тяжелого течения болезни [1, 6, 7, 10].

Возможности патогенетической терапии РА в последние годы намного расширились благодаря внедрению лекарственных средств нового поколения. Однако, по данным многоцентровых наблюдений, продолжительность жизни пациентов РА не увеличилась [2, 11]. Недостаточный эффект от проводимой терапии зачастую обусловлен наличием у большинства больных РА коморбидных заболеваний [1, 7].

Сегодня не вызывает сомнения, что развитие РА ассоциировано с повышенной смерт-

ностью от сердечно-сосудистых заболеваний [1, 5, 6, 9]. Уровень сердечно-сосудистой летальности при РА растет и составляет 50-60%, по сравнению с общей популяцией [9, 11]. Достаточно аргументировано выглядит положение о том, что основной причиной повышения вероятности наступления летального исхода в популяции больных РА являются кардиоваскулярные события, находящиеся в ассоциации с прогрессированием системного атеросклероза вследствие провоспалительной активации [1, 2, 5].

Цель исследования

Охарактеризовать частоту и спектр сопутствующих состояний у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы исследования

В исследование включены 170 больных РА (131 женщина и 39 мужчин), находившихся на лечении в ревматологическом отделении ГКБ №5 им. акад. Таджиева К.Т (г. Душанбе) в период 2012-2015 гг. (средний возраст $51,2 \pm 5,6$ года, продолжительность РА – $10,8 \pm 9,8$ года).

Критерии включения: пациенты мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 85 лет, включительно, отвечающие классификационным критериям принятой на заседании пленума Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» (АРР) (2007 г.). Критерии исключения: возраст моложе 18 лет или старше 85 лет, IV функциональный класс (ФК) по классификации АКР.

Больные прошли стандартное и клиническое обследование с определением числа болезненных и припухших суставов, продолжительности утренней скованности, потребности в приёме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и глюкокортикоидов (ГК), частоты госпитализаций по поводу РА. Оценку активности заболевания определяли с помощью индекса DAS 28. Выраженность боли регистрировали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, мм). Для количественной оценки коморбидности и определения 10-летней выживаемости пациентов использовали индекса Charlson.

Статистическая обработка проводилась с помощью прикладного пакета Statistica 10.0 (StatSoftInc., США). Использовалась вариационная статистика. Её результаты представлены в виде средних значений (M) и их ошибок ($\pm m$) для количественных признаков, правильное распределение, медианы (Me) и интерквартильного интервала ([25q;75q]) для неправильно распределенных анализируемых признаков. Для сравнения двух независимых групп использовался U-критерий

Манна-Уитни. Сравнение трех и более независимых групп проводилось с применением метода ANOVA по H-критерию Крускала-Уолисса. Сравнение двух зависимых выборок проводили с помощью T-критерия Вилкоксона. Во всех случаях нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В таблице 1 представлена клиническая характеристика исследуемой группы больных ревматоидным артритом.

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных больных РА (n-170)

Показатель		Abs (n-170)	%
Пол	Мужской	39	22,9
	Женский	131	77,1
Возраст, лет	19-40	22	12,9
	41-50	31	18,2
	51-60	63	37,1
	>60	54	31,8
Продолжительность РА	до 6 месяцев	12	7,1
	6-2 года	30	17,6
	3-10 лет	72	42,4
	>10 лет	57	33,5
Серопозитивный РА		126	74,1
Внесуставные проявления		48	28,2
Рентгенологическая стадия	0-I	31	18,2
	II	40	23,5
	III	54	31,8
	IV	45	26,5

Как видно из данных таблицы, среди пациентов преобладали женщины (77,1%). На момент включения в исследования раннюю стадию РА имели 7,1% больных. Эрозии при рентгенографии суставов были выявлены у 31,7%, 74,1% пациентов были серопозитивные по РФ, системные (внесуставные) проявления РА выявлены у 28,2% больных. Умеренная и высокая клиническая активность (DAS 28 >3,2) обнаружена у большинства (75,2%) больных.

Основными базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) были метотрексат (17,6%) и сульфасалазин (5,3%). Трое больных принимали лефлунамид. Глюкокортикоиды (ГК) принимали 68,8% больных РА (табл. 2).

Сопутствующая патология выявлена у 89,3% больных РА, у 61,7% из них наблюдалось сосуществование несколько коморбидных состояний (табл. 3).

Как видно из данных таблицы, из 170 больных РА 152 (89,4%) имели сопутствующую патологию различного характера, при этом у 105 (61,7%) наблюдалось два и более коморбидных состояния.

Анализ характера сопутствующих заболеваний показал, что ведущее место в структуре коморбидности занимала сердечно-сосудистая патология (рис.).

Среди сердечно-сосудистой патологии АГ преобладает и составляет 60,5% от общего количества больных. У большинства больных (93,1%) она развилась на фоне уже диагностированного РА, у 6,9% диагноз АГ предшествовал постановке диагноза РА. Частота ИБС составила 34,3%, преобладала стенокардия напряжения (СН) II-IV функциональных классов (ФК), 11 больных имели инфаркт миокарда в анамнезе.

Таблица 2

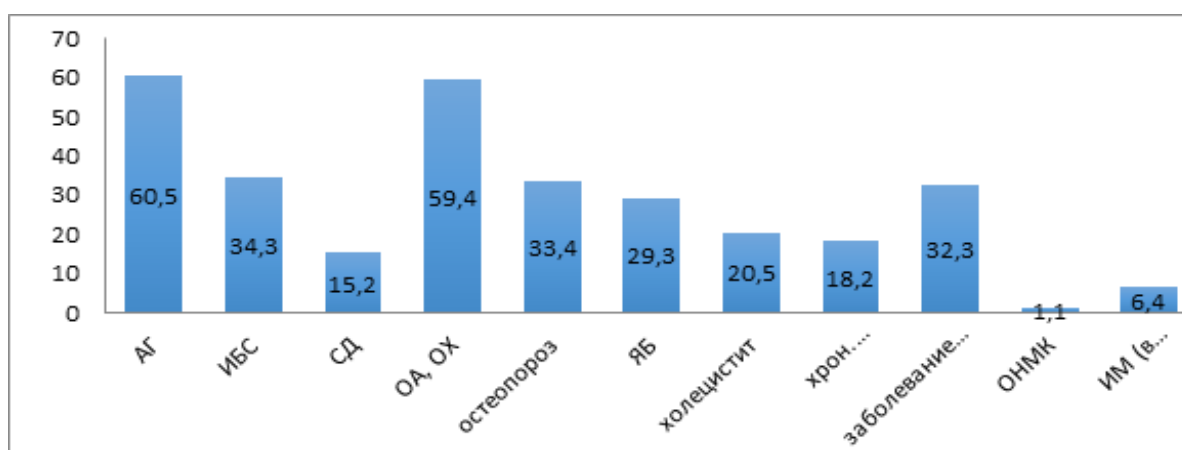
Активность заболевания и характер терапии больных РА (n-170)

Показатель	Abs (n-170)	%
DAS 28, баллы, ME [25-й, 75-й процентиля]	3,9 [3,1;4,9]	
Активность РА по DAS 28;		
– низкая (<3,2)	43	25,3
– умеренная (3,2-5,1)	87	51,2
– высокая (>5,1)	40	23,5
Терапия БПВП (на момент включения в исследование):		
– метотрексат	30	17,6
– сульфасалазин	9	5,3
– лефлунамид	3	1,8
Прием ГК (на момент включения в исследование)	117	68,7
Отсутствие терапии БПВП (на момент включения в исследование)	128	75,2

Таблица 3

Частота сопутствующей патологии у больных РА (n-170)

Показатель	Abs (n-170)	%
Пациенты с сопутствующей патологией	152	89,4
Количество больных с наличием двух и более коморбидных состояний	105	61,7



Структура коморбидной патологии у больных РА

На втором месте по частоте у больных РА стоит патология желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто встречались болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – 33,5%, хронический холецистит – 20,5%, хронический панкреатит – 18,2%, хронический колит – 4,1%. Следует отметить, что среди болезней желудка и двенадцатипер-

стной кишки эрозивно-язвенные дефекты регистрировались в 29,3% случаев. Наличие эрозивно-язвенных дефектов желудка и двенадцатиперстной кишки являлись сдерживающим фактором при назначении НПВП и базисных препаратов у больных РА. Больные же с воспалительными (32,1%) заболеваниями желудка и двенадцатиперстной

кишки, диагностированными до дебюта РА, длительно принимали ГК в дозе >10 мг/сутки, что требовало постоянного приема ингибиторов протонной помпы. Это, в свою очередь, отражалось на стоимости лечения. Вирусный гепатит наблюдался у 6,4% больных РА, и его наличие сказывался на комплексной, в особенности базисной, терапии РА.

У каждого третьего больного РА (32,3%) выявлялась патология мочевыводящих путей, при обострении которой наблюдаются сложности в применении метотрексата.

Довольно высокий процент (59,4%) составляли больные с остеоартрозом и остеохондрозом (ОХ), в основном, пациенты старше 35 лет, преобладали (43,7%) больные с ОХ.

Остеопения среди сопутствующих состояний занимает 33,4% и часто протекает бессимптомно. Целенаправленное денситометрическое исследование костей и

позвоночника у пациентов, длительно принимавших ГК, а также переломы в анамнезе, продемонстрировали распространенность ОП в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедра. Анемия у больных РА наблюдалась у каждого четвертого (27,6%), при этом с высокой частотой (93%) регистрировалась гипохромная анемия.

Заболевания органов дыхания встречались относительно редко (9,4%). У 1,7% пациентов имелись злокачественные новообразования различной локализации.

У 80 больных (47%) показатель 10-летней выживаемости (по индексу Charlson) свыше 90% (соответствует значению индекса от 0 до 2 баллов), у 65 (38,2%) - от 53% до 77% (соответствует значению индекса 3-4 баллов) и у 25 (14,5%) - менее 21% (соответствует значению 5,5 баллов) (табл. 4).

Таблица 4

Значение индекса	Количество больных (n-170)	%
0-2 балла	80	47
3-4 балла	65	38,2
≥5 балла	25	14,5

Индекс коморбидности коррелировал с возрастом пациентов ($r=0,82$; $p<0,05$) и частотой госпитализации ($r=0,4$; $p<0,05$). Между продолжительностью РА и индексом Charlson не было выявлено взаимосвязи ($r=0,3$; $r=0,16$).

Мы сочли необходимым провести анализ медикаментозной терапии сопутствующей патологии у больных РА. Нами изучались группы лекарственных средств и частота их использования (табл. 5).

Таблица 5

Наименование классов препаратов	Частота приема	
	abs	%
- Гипотензивные препараты	117	68,8
- Ингибиторы протонной помпы и другие желудочно-кишечные препараты	122	71,8
- Антибиотики и уросептики	52	30,6
- Антиагреганты	30	17,7
- Статины	20	11,8
- Сахароснижающие	19	11,2
- Препараты кальция	13	7,6
- Ангио- и кардиопротекторы	11	6,4
- Другие	7	4,1

Данные таблицы свидетельствуют о том, что первое место принадлежит антигипертензионным препаратам – 68,8%, на втором

месте ингибиторы протонной помпы – 71,8% и замыкают тройку лидерства антибиотики и уросептики – 30,6%. Столь высокий процент

антибактериальной терапии можно объяснить сопутствующей инфекцией мочеполовых органов, а также их использованием у больных с желудочно-кишечной патологией. Антиагреганты и статины принимали 17,7% и 11,8% соответственно и реже – сахароснижающие (11,2%) и препараты кальция (7,6%). Малый процент назначения последних у больных РА можно объяснить низкой приверженностью врачей к этой группе препаратов, а также малой их информированностью о стероидной остеопении.

В процессе наблюдения (в течение года) нами зафиксированы эпизоды временного прекращения приема НПВП и БПВП либо

их отмены с последующей заменой на другой препарат (27%). В 22,2% случаев это было обусловлено тяжестью сопутствующей патологии.

Наиболее частой причиной изменения режима терапии явились обострение заболеваний ЖКТ (31%), в 11 случаях – повышение АД (6,4%), в 5,2% – нарастание снижения показателей гемоглобина.

Из общего количества обследованных выделена подгруппа (n=42) больных, которым через год после первичного обследования была проведена оценка эффективности терапии, в также повторно изучена структура коморбидной патологии (табл. 6).

Таблица 6

Динамика структуры коморбидной патологии у больных РА (n=42)

Показатель	Исходно	Через 12 мес.	p
<i>Больные с сопутствующей патологией</i>	37 (88%)	38 (90%)	>0,05
<i>Больные с двумя и более коморбидными состояниями</i>	26 (61,9%)	36 (85,7%)	<0,01
<i>АГ</i>	24 (57,1%)	26 (61,9%)	>0,05
<i>ИБС</i>	14 (33,3%)	17 (40,4%)	>0,05
<i>Желудочно-кишечная патология</i>	27 (64,2%)	34 (80,9%)	<0,05
<i>Патология мочевыводящих путей</i>	17 (40,4%)	20 (47,6%)	>0,05
<i>Анемия</i>	13 (30,9%)	14 (33,3%)	>0,05
<i>СД</i>	8 (19,4%)	8 (19,4%)	>0,05
<i>ОХ</i>	19 (45,2%)	19 (45,2%)	>0,05
<i>Варикозная болезнь нижних конечностей</i>	8 (19,4%)	9 (21,4%)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между исходными данными и через 12 месяцев (по χ^2 критерию Мак Немара)

В начале исследования у 37 (88%) больных РА имелись сопутствующие заболевания, при этом у 26 (61,9%) – два и более. Через год от начала наблюдения выявлено достоверное увеличение числа пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями ($p < 0,05$). Среди сопутствующих состояний за период наблюдения особенно увеличилось число больных с патологией ЖКТ – от 27 (64,2%) до 34 (80,95%) ($p < 0,05$).

Заключение

В клинической практике у больных с воспалительными заболеваниями суставов коморбидные состояния встречаются часто и оказывают влияние на течение и прогноз РА. Среди них наиболее часто встречаются кардиоваскулярные и желудочно-кишечные заболевания. Это, в свою очередь, способствует снижению эффективности терапии, увеличивает дополнительные затраты и увеличивает частоту госпитализаций.

Также следует учитывать отрицательное влияние на течение сопутствующих заболе-

ваний препаратов применяемых в качестве длительной терапии РА (метотрексат, сульфасалазин, ГКС).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 10, 11 см. в REFERENCES)

- Афанасьев И.А., Никитина Н.М., Реброва А.П. Кардиоваскулярная коморбидность у больных ревматоидным артритом: безопасность лечения // Практическая медицина. 2015. Т.2. С. 135-139.
- Верткин А.Л., Скотников А.С. Коморбидность // Леч. врач. 2013. №3. С. 40-47.
- Гордеев А.В., Галушко Е.А., Насонов Е.Л. Концепция мультиморбидности в ревматологической практике. // Научно-практическая ревматология. 2014. №4. С.362-364.
- Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю., Насонов Е.Л. Стрессовые факторы и депрессивные расстройства при

ревматических заболеваний. // Научно-практическая ревматология. 2013. Т.51, №2. С. 98-103.

5. Насонов Е.Л., Папков Т.В., Новикова Д.С. Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях // Терапевтический архив. 2016. №5. С. 4-12.

6. Никитина М.Н., Афанасьев И.А., Романова Т.А., Ребров А.П. Особенности коморбидности у больных ревматоидным артритом в разные годы наблюдения // Современная ревматология. 2015. №1. С. 39-43.

7. Насырова М.Ш. Современное состояние и актуальные вопросы ревматоидного артрита // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2019. Т. IX, №4 (32). С. 424-429 DOI 10.31712/2221-7355-2019-9-4-424-429

8. Поровский Я.В., Тетенев Ф.Ф. Коморбидность во врачебной практике // Сибирское медицинское здоровье. 2015. №4. С. 5-10.

9. Попкова Т.В., Новикова Д.С., Насонов Е. Л. Атеросклероз при ревматических заболеваниях. В кн.: Ревматология: клинические рекомендации. М.: ГЕОЭТАР-Медиа, 2011. С. 678-702.

REFERENCES

1. Afanasev I. A., Nikitina N. M., Rebrova A. P. Kardiovaskulyarnaya komorbidnost u bolnykh revmatoidnym artritom: bezopasnost lecheniya [Cardiovascular comorbidity in patients with rheumatoid arthritis: safe treatment]. *Prakticheskaya meditsina – Practical medicine*, 2015, Vol. 2, pp. 135-139.

2. Vertkin A. L., Skotnikov A. S. Komorbidnost [Comorbidity]. *Lechashchiy vrach – Attending physician*, 2013, No. 3, pp. 40-47.

3. Gordeev A. V., Galushko E. A., Nasonov E. L. Kontseptsiya multimorbidnosti v revmatologicheskoy praktike [The concept of multimorbidity in rheumatologic practice]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Rheumatology Science and Practice*, 2014, No. 4, pp. 362-364.

4. Lisitsyna T. A., Veltishchev D. Yu., Nasonov E. L. Stressovye faktory i depressivnye rasstroystvo pri revmaticheskikh zabolovaniyakh [Stressors and depressive disorders in rheumatic diseases]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Rheumatology Science and Practice*, 2013, Vol. 51, No. 2, pp. 98-103.

5. Nasonov E. L., Papkov T. V., Novikova D. S. Serdechno-sosudistaya patologiya pri revmaticheskikh zabolovaniyakh [Cardiovascular disease in rheumatic diseases]. *Terapevticheskii arkhiv – Therapeutic archive*, 2016, No. 5, pp. 4-12.

6. Nikitina M. N., Afanasev I. A., Romanova T. A., Rebrov A. P. Osobennosti komorbidnosti u bolnykh

revmatoidnym artritom v raznye gody nablyudeniya [Specific features of comorbidity in rheumatoid arthritis patients in different follow-up years]. *Sovremennaya revmatologiya – Modern Rheumatology Journal*, 2015, No. 1, pp. 39-43.

7. Nasyrova M. Sh. Sovremennoe sostoyanie i aktualnye voprosy revmatoidnogo artrita [Current state and topical questions of rheumatoid arthritis]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana – Herald of Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2019, Vol. 9, No. 4 (32), pp. 424-429. DOI 10.31712/2221-7355-2019-9-4-424-429

8. Porovskiy Ya. V., Tetenev F. F. Komorbidnost vo vrachebnoy praktike [Comorbidity in medical practice]. *Sibirskoe meditsinskoe zdorove – Siberian medical health*, 2015, No. 4, pp. 5-10.

9. Popkova T. V., Novikova D. S., Nasonov E. L. Ateroskleroz pri revmaticheskikh zabolovaniyakh. V kn.: *Revmatologiya: klinicheskie rekomendatsii* [Atherosclerosis in rheumatic diseases. In book: Rheumatology: clinical recommendations]. Moscow, GEOETAR-Media Publ., 2011. 678-702 p.

10. Choy E., Ganeshalingam K., Semb A. G., Szecanecz Z., Nurmohamed M. Cardiovascular Risk in Rheumatoid Arthritis: Recent advances in the Understanding of the Pivotal Role of inflammation, Risk Predictors and the Impact of Treatment. *Journal of Rheumatology*, 2014, Vol. 53, No.12. pp. 2143-2154.

11. Pappas D. A., Kremer J. M., Reed G., Greenberg J. D., Curtis J. R., Design characteristics of the CORRONA CERTAIN study: a Comparative effectiveness study of biologic agent s for Rheumatoid arthritis Patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2014, Vol. 22, No. 110, pp. 241-251.

Сведения об авторах:

Шукурова Сурайё Максудовна – член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, зав. кафедрой терапии и кардио-ревматологии ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

Шодиев Бехруз Раджаббоевич – асс. кафедры терапии и кардио-ревматологии ИПОвСЗ РТ

Абдуллаев Максуджон Файзович – директор ГУ «Городской медицинский центр №2 им. академика К.Т. Таджиева»

Раджабов Рустам Мулладжонович – асс. Кафедры терапии и кардио-ревматологии ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Шукурова Сурайё Максудовна – тел.: (+992)934220303; e-mail: S_Shukurova @ mail.ru

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2020

УДК 618.19-006.6-089.844

¹Маликов М.Х., ¹Карим-заде Г.Д., ¹Саидов И.С.,
²Джононов Д.Д., ³Махмадкулова Н.А.

КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОЖГОВОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

³Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

¹Malikov M.Kh., ¹Karim-zade G.D., ¹Saidov I.S.,
²Jononov J.D., ³Makhmadkulova N.A.

CORRECTION OF BURN SCARRING DEFORMITY IN MAMMARY GLAND

¹Department of Surgical disease N 2 of State Educational Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

²State Establishment "Republican scientific center of cardiovascular surgery"

³Department of Operative surgery and topographic anatomy of State Educational Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

Аннотация

В статье описывается клиническое наблюдение у незамужней пациентки с постожоговой рубцовой деформацией молочной железы, стягиванием сосково-ареолярного комплекса и отсутствием инфрамаммарной складки. Вследствие полученного ожога в детстве развилась стойкая деформация молочной железы с нарушением ее формы и уменьшением в размере. Целью выполненной операции явилось улучшение формы молочной железы, устранение деформации сосково-ареолярного комплекса с формированием инфрамаммарной складки. Преимущество местного-пластического метода операции заключалось в том, что одномоментно была устранена деформация молочной железы и получен удовлетворительный функциональный и эстетический результат у молодой девочки.

Ключевые слова: молочная железа, реконструкция молочной железы, сосково-ареолярный комплекс, инфрамаммарная складка, трансплантаты, деформации, хирургическая коррекция

Annotation

The article describes the clinical observation in an unmarried patient with post-burn cicatricial deformity of the mammary gland, contraction of the nipple-areolar complex and the absence of an inframammary fold. Due to the resulting burn in childhood, persistent deformation of the mammary gland developed with a violation of its shape and a decrease in size. The aim of the performed operation was to improve the shape of the mammary gland, to eliminate the deformation of the nipple-areolar complex with the formation of an inframammary fold. The advantage of the local plastic surgery method was that the deformation of the mammary gland was simultaneously eliminated, and a satisfactory functional and aesthetic result was obtained in the young girl.

Key words: mammary gland, reconstruction of mammary gland, nipple-areolar complex, inframammary fold, transplants, deformity, surgical treatment

В последние годы частота выполнения пластических операций на молочной железе заметно увеличилась, причинами, в основном, является мастэктомия, выполненная по

поводу онкологической патологии [2, 4, 7]. Нередко после радикальной мастэктомии возникает необходимость в устранении имеющейся деформации груди путем использования различных вариантов операций, результаты которых являются малоутешительными [10, 12]. В некоторых сообщениях авторы указывают, что хорошие результаты можно получить при выполнении органосохраняющих операций, которые производятся при обнаружении патологии в начальных стадиях [1]. При этом авторы отдают предпочтение торако-эпигастральному лоскуту, описание и технические особенности формирования которого были описаны ещё в 1977 году американским хирургом T.D. Cronin [1].

Наряду с ростом онкологической патологии молочных желез, в последние годы отмечается тенденция к увеличению числа пострадавших с послеожоговыми деформациями груди, а также участились случаи врожденных гипоплазий и дисморфии молочных желез. Подобные деформации и недоразвитие молочных желез причиняют пациентам определенные неудобства и требуют выполнения различных пластических операций как по функциональным, так и по эстетическим соображениям [6, 10].

Учащение числа пострадавших с глубокими и распространенными термическими ожогами груди ставит перед специалистами решение ряда сложных задач. Сложность проблемы заключается в том, что глубокие ожоги грудной клетки, полученные в детском возрасте, могут препятствовать нормальному развитию молочных желез у девочек. Асимметрия и смещение сосково-ареолярного комплекса наряду с нарушением формы железы создают определенные затруднения при кормлении ребенка [7]. Вместе с тем, рубцовые деформации, отсутствие железы или соска с ареолой являются эстетическим дефектом, способствующим нарушению психо-эмоционального статуса женщин и их социальной адаптации.

В клинической практике с целью устранения имеющихся дефектов молочных желез используются кожно-фасциальные и кожно-мышечные трансплантаты с аксиальным кровоснабжением и на микрососудистых анастомозах [5], широко используются тканевые экспандеры [4]. При гипоплазии и дисморфии молочных желез выполняется видеоэндоскопическая трансаксилярная маммопластика с использованием силиконовых эндопротезов [5, 8].

Имеются сообщения, в которых указывается, что при планировании оперативных вме-

шательств по поводу гипоплазии молочных желез перспективным считается компьютерное 3D-моделирование перед операцией. Так, Афанасьевой А.Р. с соавт. при гипоплазии желез планирование операции проводилось с использованием разработанной компьютерной программы [2]. Авторами было произведено сопоставление предоперационной фотографии внешних форм груди с компьютерным 3D-фантомом. При сравнении с контрольной группой, где предоперационное планирование проводилось с биоразмерной системой Дж. Теббетса, осложнения после операции при компьютерной 3D-моделировании не были отмечены [2]. Имеются сообщения о том, что аутологичная жировая ткань является уникальным пластическим материалом с целью устранения дефектов мягких тканей различной локализации, в том числе и молочных желез. Но авторы все же утверждают, что механизмы воздействия стволовых клеток на организм изучены недостаточно, при этом мнение ряда авторов по этому поводу расходятся и методика требует дальнейшей разработки [11].

Современные способы хирургического лечения послеожоговых деформаций грудных желез, такие как пластика лоскутами с аксиальным кровоснабжением и на микрососудистых анастомозах, лоскутная пластика в сочетании с дерматензией перспективны, но в силу своей сложности, а также невозможности выполнения их у целого ряда больных не всегда могут быть использованы, применение их ограничено. Несмотря на преимущества, пересадка свободного лоскута с микроваскулярными анастомозами является сложной, рискованной и очень длительной операцией и требует от хирурга владения техникой наложения микрососудистых анастомозов [2, 4, 12]. Также имеется сложность ведения послеоперационного периода, чреватого тромбозом артериовенозных анастомозов, ишемическими поражениями тканей [3, 7].

При наличии достаточного местного пластического материала по окружности пораженной молочной железы применение местно-пластических операций и по необходимости сочетание их с кожной пластикой является методом выбора, т.е. устранение рубцовой деформации, перемещение сосково-ареолярного комплекса и формирование удовлетворительной инфрамаммарной складки [4, 6, 9].

Целью нашего сообщения является демонстрация клинического наблюдения постожоговой деформации правой молочной железы с нарушением конфигурации и возможность

её реконструкции местно-пластической операцией.

Представляем случай успешного одномоментного устранения послеожоговой рубцовой деформации передней грудной стенки и молочной железы.

Больная А.Г., 1996 г.р., поступила в отделение пластической и реконструктивной микрохирургии Республиканского научно-го центра сердечно-сосудистой хирургии 27.11.2017 г. с жалобами на асимметрию молочных желез, грубую рубцовую дефор-

мацию правой молочной железы, рубцовые спайки соска.

Из анамнеза: в возрасте 1 года больная получила ожог кипятком области передней грудной стенки II-III АБ степени. Лечилась по месту жительства. По мере роста в результате рубцового поражения молочной железы произошло каудально-медиальное смещение и распластывание железы с её деформацией и значительным смещением сосково-ареолярного комплекса к инфрамаммарной линии, с дефицитом нижнего полюса железы (рис.1, 2, 3).



Рис. 1-3. Асимметрия молочных желез со смещением сосково-ареолярного комплекса

Имеются обширные стягивающие рубцы правой половины передней грудной и брюшной стенок, правой молочной железы с выраженной гипоплазией и деформацией, смещение сосково-ареолярного комплекса на 6 см книзу, по сравнению со здоровой стороной. Общая площадь рубцов – 450 см². Рубцы белесоватого цвета, плотные, безболезненные.

При УЗИ молочных желез отмечается умеренная гипоплазия правой молочной железы и повышение эхогенности стромы вследствие рубцовых изменений.

28.11.2017 года под общим обезболиванием выполнена корригирующая операция: устранение рубцовой деформации правой

молочной железы с местной пластикой, транспозиция сосково-ареолярного комплекса и укрытие вторичного дефекта полнослойным кожным трансплантатом.

После предварительного рисования линии разрезов были выкроены два ротационных лоскута с медиальной и латеральной (торако-эпигастральный лоскут) поверхностей грудной стенки книзу от правой молочной железы размерами 16×12 см и 25×10 см соответственно (рис. 4). По инфрамаммарной линии другим разрезом была мобилизована молочная железа и высвобождены оставшиеся части нижних квадрантов железы. После мобилизации лоскутов и квадрантов удалось поднять железу на 3 см к верху (рис. 5).



Рис. 4. Линия разреза используемых лоскутов



Рис. 5. Мобилизация используемых лоскутов

Мобилизованный торако-эпигастральный лоскут был перемещен вверх и тем самым нижним его краем была сформирована латеральная часть инфрамаммарной складки.

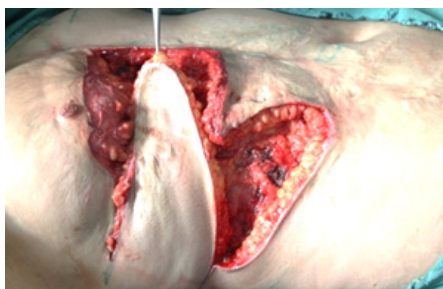


Рис. 6. Перемещение торако-эпигастрального лоскутов

Медиальный лоскут был перемещен вниз по нижнему краю предыдущего лоскута и тем самым сформировалась медиальная часть инфрамаммарной складки (рис. 6, 7).



Рис. 7. Перемещение медиального лоскутов

Окаймляющим разрезом вокруг соска был мобилизован сосково-ареолярный комплекс и перемещен на 1 см выше (рис. 8). Образовавшийся



Рис. 8. Перемещение сосково-ареолярного комплекса

дефект мягких тканей по нижне-медиальному квадранту железы ликвидировался использованием кожного трансплантата (рис. 9).



Рис. 9. Укрытие дефекта кожным трансплантатом

Применением местно-пластической операции была устранена рубцовая деформация правой молочной железы и перемещен сосково-ареолярный комплекс. Тем самым была сформирована удовлетворительная субмаммарная складка (рис. 10).



Рис. 9. Вид молочной железы после завершения операции

жалоб не предъявляет, от предложенной коррекции рубцов передней брюшной стенки отказалась. Молочные железы располагаются на одном уровне, асимметрии нет, деформации сосково-ареолярного комплекса не отмечается. Состояние субмаммарной складки удовлетворительное (рис. 11, 12).



Рис. 9. Обе железы на одном уровне

При повторном обращении, спустя год, больная довольна результатом операции,



Рис. 10. Инфрамаммарная складка выражена

Таким образом, применение комбинированной методики позволило в один этап устранить рубцовую деформацию правой молочной железы с формированием инфрамаммарной зоны и перемещением сосково-ареолярного комплекса в исходную позицию.

Устранение вторичных деформаций молочной железы и сосково-ареолярного комплекса с формированием инфрамаммарной складки нередко требует применения многоэтапных и сложных видов реконструкции [7]. Порою результаты операции бывают малоутешительными, и риск развития различных осложнений в послеоперационном периоде остаётся высоким, рецидив патологии, углубляя тяжесть патологии, требует решения более сложных задач. Из-за многообразия деформации в одних случаях перед хирургами ставится решение проблемы использованием современных методов коррекции, тогда как с целью решения некоторых видов патологии безальтернативным остаются традиционные методы лечения [6, 9].

В современной хирургии патологии молочных желез, в том числе и последствий повреждений, наряду с широким применением силиконовых экспандеров не теряли своего значения и местно-пластические операции. Одни авторы рекомендуют более широкое применение эндопротезирования молочных желез, включая применение видеоскопических методик, напротив, многие хирурги остаются сторонниками местно-пластических операций, особенно различных перемещенных трансплантатов [1].

На деле, по сравнению с постмастэктомической деформацией и гипоплазией молочных желез, хирургическая коррекция постожоговых деформаций является довольно трудной задачей, и, вместе с тем, перед специалистами стоит одновременное

решение нескольких сложных проблем. В таких ситуациях недоучет возможности местно-пластических операций, допущение тактических ошибок при осуществлении реконструкции может отрицательно повлиять на результаты операции, ибо ограниченность местного пластического материала определяет исход операции.

Известно, что постожоговые рубцовые деформации железы одновременно сопровождаются разрушением самой ткани железы и на почве этого отмечается нарушение инфрамаммарной складки и перемещение сосково-ареолярного комплекса [9]. Такой исход патологии наряду с эстетической неудовлетворенностью женщин отрицательно влияет и на функцию органа. В связи с этим всякое действие, которое предпринимается с целью коррекции постожоговой деформации молочных желез, должно быть направлено для решения этих проблем. При этом каждая отдельно образовавшаяся деформация требует применения более конкретного приёма и, возможно, достигается не одним этапом операции. В связи с этим показания к применению эндопротезов при постожоговых деформациях железы резко ограничены и порою эти операции не дают эффекта. Вместе с тем, наряду с широким применением методики эндопротезирования, участились и случаи различных послеоперационных осложнений. Имплантации протезов в неблагоприятное ложе чревато развитием гнойно-септических осложнений [2]. Образование пролежней, потеря импланта, развитие субкапсулярной контрактуры молочной железы и других осложнений могут привести к развитию вторичных деформаций и требуют применения повторных корригирующих операций [6, 7, 9].

Заключение

Хирургическая коррекция последствий глубоких и обширных термических ожогов груди с вовлечением молочных желез является одной из сложных и до конца не решенных проблем реконструктивной и пластической хирургии. Несмотря на применение разнообразных и порою многоэтапных операций, результаты реконструкции остаются малоутешительными и пострадавшие нуждаются в длительной реабилитации. Нередко желаемый функциональный и эстетический эффекты достигаются путем использования многоэтапных сложных оперативных вмешательств и в ряде случаев для удовлетворенности пациентов ставятся показания к применению корригирующих операций. Реабилитация пострадавших

zhenskoy reproduktivnoy sistemy – Tumors of the female reproductive system, 2015, Vol. 11, No. 4, pp. 39-45.

7. Kurbanov U. A., Saidov I. S., Davlatov A. A., Dzhahanobilova S. M., Kholov Sh. I. Khirurgicheskoe lechenie posleozhogovykh rubtsovykh deformatsiy zhenskoy grudi [Surgical treatment of post-burn scar deformities of the female breast]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2018, Vol. 20, No. 4, pp. 402-409. DOI: 10.25005/2074-0581-2018-20-4-402-409

8. Mustafin CH., Pak E. Prognozirovanie razvitiya kapsulyarnoy kontraktury posle endoprotezirovaniya molochnykh zhelez [Predicting the development of capsular contracture after breast replacement]. *Esteticheskaya meditsina – Aesthetic medicine*, 2017, No. 3, pp. 341-345.

9. Ptukh E. Ya., Prikhodko K. A. Pervichnaya rekonstruktsiya molochnoy zhelezy s sokhraneniem soskovo-areolyarnogo kompleksa [Primary breast reconstruction with preservation of the nipple-areolar complex]. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal – Pacific medical journal*, 2016, No. 1, pp. 86-88.

10. Rasskazova E. A., Zikiryakhodzhaev A.D., Saribekyan E.K. Onkoplasticheskaya rezektsiya molochnoy zhelezy skolzyashchim dermoglandulyarnym loskutom s Z-obraznym razrezom [Oncoplastic resection of the breast with a sliding dermoglandular flap with a Z-shaped incision]. *Issledovaniya i praktika v meditsine – Research and practice in medicine*, 2017, Vol. 4, No. 2, pp. 68-74.

11. Romanenko N. S., Movchan K. N. Vozmozhnosti mammoplastiki s ispolzovaniem transplantatsii autologichnoy zhировой tkani, obogashchyonnoy stvolovymi kletkami [The possibilities of mammoplasty using the transplantation of autologous adipose tissue enriched with stem cells]. *Uchenye zapiski SPbMGU imeni akademika I.P.*

Pavlova – The Scientific Notes of the Pavlov University, 2017, Vol. 24, No. 4, pp. 13-20.

12. Saprina O. A., Kropotov M. A., Lomaya M. V. Primenenie podborodochnogo loskuta v zameshchenii defektov u bolnykh so zlokachestvennymi opukholyami slizistoy obolochki polosti rta [The use of submental local flap and radial free flap for the reconstruction of defects in patients with oral cancer]. *Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal - Siberian journal of Oncology*, 2016, Vol. 15, No. 2, pp. 56-62.

Сведения об авторах:

Маликов Мирзобадал Халифаевич – зав. кафедрой хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., доцент

Карим-заде Гуландом Джанговаровна – ассистент кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Саидов Искандар Саиджаффарович – аспирант кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Джононов Джонибак Давлатбекович – зав. отделением реконструктивно-пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗиСЗН РТ, к.м.н.

Махмадкулова Низора Ахтамовна – ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Контактная информация:

Маликов Мирзобадал Халифаевич – тел: + 992-907-30-50-60, e-mail: mmirzobadal@mail.ru

Расулова Г.Т., Саидова М.И., Ибрагимова Н.Т.

ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Rasulova G.T., Saidova M.I., Ibragimova N.T.

INTERRUPTION OF PREGNANCY IN BEHCET DISEASE

State Establishment "Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, MHSPP RT

Аннотация

В статье описан клинический случай усугубления течения редко встречающейся формы системного васкулита – болезни Бехчета на фоне наступившей беременности. Обострение заболевания послужило основанием для медикаментозного прерывания беременности по медицинским показаниям. Прерывание беременности требовалось для того, чтобы вне гестации начать специфическую терапию, назначение которой на фоне беременности противопоказано ввиду выраженного тератогенного эффекта препаратов.

Ключевые слова: беременность, болезнь Бехчета, медикаментозный аборт

Annotation

The article describes a clinical case of aggravating the course of a rare form of systemic vasculitis - Behcet's disease against the background of a pregnancy. Exacerbation of the disease served as the basis for medical termination of pregnancy for medical reasons. Termination of pregnancy was required in order to start specific therapy outside the gestation, the appointment of which against the background of pregnancy is contraindicated in view of the pronounced teratogenic effect of the drugs.

Key words: pregnancy, Behcet's disease, medical abortion

Реализация репродуктивных прав является одной из важных составляющих женского здоровья в целом. Кроме того, здоровое потомство – залог здорового климата в семье и генетического наследия нации в целом. Но, к сожалению, состояние здоровья женщины не всегда позволяет ей без риска для здоровья вынашивать беременность [1, 2].

Кроме того, сам процесс гестации нередко провоцирует усугубление тяжести соматического заболевания, вызывает его рецидив или декомпенсацию, что сопряжено с высоким риском материнской смертности. По данным исследований, системные заболевания при беременности являются наименее изученными и представляют большую опасность для здоровья матери и плода. Среди последних

отдельной большой группой выделены системные васкулиты, в том числе редко встречающиеся его формы [3].

Болезнь Бехчета – системный васкулит неизвестной этиологии, обычно проявляющийся в третьей декаде жизни, диагностика которого остается одной из наиболее сложных проблем в ревматологии. Во-первых, это связано с тем, как указывалось выше, что заболевание достаточно редкое. Во-вторых, первоначально протекает с неполной клинической картиной с поражением гениталий или увеитом что заставляет больных обращаться к узким специалистам, которые лечат эти проявления как банальные воспалительные процессы. В-третьих, не существует надежных методов диагностики

заболевания, исключая морфологический [4, 5].

Сравнительная частота сосудистой патологии в разных когортах пациентов с болезнью Бехчета колеблется в пределах от 14% до 39%, при этом венозное русло поражается чаще, чем артериальное. По данным некоторых авторов, у пациентов с болезнью Бехчета, венозные тромбозы встречаются чаще, чем артериальные [5, 6].

Недостаточно изучена эта патология во время беременности. Согласно имеющимся данным литературы, при болезни Бехчета частота сосудистых осложнений - тромбозов - во время беременности увеличивается [7, 8]. Однако, по мнению японских авторов, в стадии ремиссии болезнь Бехчета не влияет негативно на акушерские и неонатальные исходы.

Во всем мире их количество относительно невелико и систематизировать в крупномасштабные исследования эту патологию не представляется возможным.

Клинический случай: Больная Н., 20 лет, поступила в ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ в отделение патологии беременных № 2 с диагнозом: «Беременность 9 недель. Болезнь Бехчета в стадии обострения. Проплапс митрального клапана. Носитель вируса гепатита В. Хронический пиелонефрит».

Из соматических заболеваний: страдала частыми респираторными заболеваниями в детстве, перенесла аппендэктомию, является носителем гепатита В.

Из гинекологического анамнеза: позднее наступление менархе – с 17 лет, менструальный цикл регулярный, длительность менструаций 3 дня. Половая жизнь с 20 лет, брак первый, неродственный. Гинекологические заболевания отрицает. Данная беременность первая, последняя менструация 01.01.2019 г.

Из анамнеза основного заболевания: в декабре 2018 года в связи с появлением геморрагических высыпаний на лице, на руках, эрозивных язв слизистой оболочки рта, гениталий, поражений суставов в виде отеков, а также ограничение их подвижности обратилась в ГУ «Городской медицинский центр № 2 имени академика К.Т. Тоджиева», где был поставлен диагноз «болезнь Бехчета». При госпитализации выяснено, что дебют заболевания датируется 2015 годом, за три года до первого обращения и госпитализации, когда появлялись рецидивирующие язвы слизистой полости рта и области гениталий. При госпитализации удалось достичь ремиссии путем назначения специфической терапии. Даны рекомендации и выписана в удовлетворительном состоянии.

Следующая госпитализация осуществлена при обострении заболевания на фоне наступившей беременности. Больная направлена из центра репродуктивного здоровья Дангаринского района.

При поступлении: состояние тяжелое. Эритема лица (рис. 1), кожные покровы и видимые слизистые бледные, имеется множество язв, преимущественно на ладонях, слизистых оболочках полости рта, влагалища (рис. 2, 3).

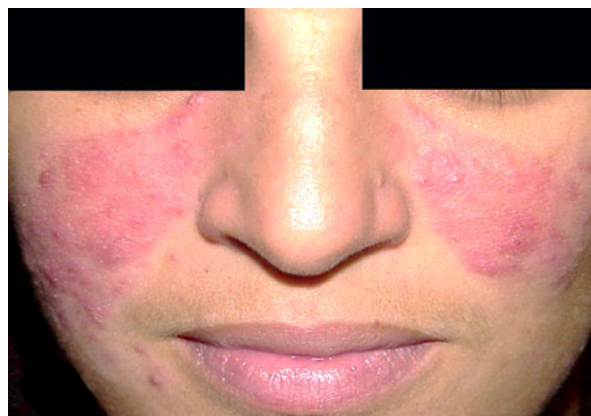


Рис. 1. Больная Н.
Выраженная эритема лица



Рис. 2. Больная Н.
Язвы слизистой полости рта



Рис. 3. Больная Н. Повреждения слизистой наружных половых органов

Срок беременности на момент госпитализации – 10 недель.

Проведено клинико-лабораторное обследование. Выявлены следующие изменения: в биохимическом анализе крови: 3- и 9-кратное повышение ферментов печени (АлАт – 116,1 Е/л, АсАт – 315 Е/л), при этом уровень общего билирубина был в пределах нормы. В общем анализе крови отмечалась лейкопения ($1,83 \times 10^9/L$), тромбоцитопения ($86 \times 10^9/L$), повышение скорости оседания эритроцитов до 45 мм/ч. С-реактивный белок и ревматоидный фактор в пределах нормы.

Учитывая рецидив основного заболевания на фоне беременности, высокой риск эмбриотоксического воздействия необходимых к назначению препаратов, по рекомендации ревматолога предложено прерывание беременности. Согласие получено. Начата специфическая терапия, направленная на нивелирование обострения болезни.

На второй день после госпитализации отмечалось резкое ухудшение общего состояния пациентки в виде усиления отеков, язв и эритем. Это послужило временным воздержанием от прерывания беременности до получения эффекта от начатой терапии и стабилизации состояния. Согласно рекомендациям ревматолога, были назначены высокие дозы преднизолона и нестероидные противовоспалительные препараты. В результате интенсивного, в том числе инфузионного, назначения специфической терапии удалось достичь некоторого регресса течения болезни Бехчета. Выбран медикаментозный способ прерывания беременности. После использования препаратов для прерывания беременности произошел полный самопроизвольный индуцированный выкидыш, который осложнился кровотечением в объеме 800,0 мл. По показаниям проведена плазмо- и гемотрансфузия. Уровень гемоглобина после гемотрансфузии составил 75 г/л. Больной была назначена антианемическая, утеротоническая терапия на фоне продолжающегося лечения основного заболевания. Послеабортный период протекал без осложнений и с рекомендациями по контрацепции и назначенным лечением ревматолога больная выписана и передана под активный патронаж по месту жительства на 10 сутки.

Несмотря на то, что данная беременность была первой и желанной, прерывание беременности в данном случае было единственным решением, учитывая утяжеление течения соматической патологии на фоне беременности. Также учитывалось, что хотя

назначенная терапия имела положительный эффект, однако эти препараты обладают высоким тератогенным воздействием на плод.

Заключение

Все вышеуказанное диктует необходимость выявления и лечения патологии до наступления беременности. При планировании беременности у таких больных необходимо совместное наблюдение акушера-гинеколога и ревматолога с целью создания условий для благоприятного исхода беременности, снижения риска потерь беременности и грозных жизненных осложнений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-8 см. в REFERENCES)

1. ВОЗ. Руководство по эффективному перинатальному уходу. 2015. С. 84-88.
2. Лисицына Т.А., Голоева Р.Г., Алекберова З.С. Особенности терапии тромбозов при болезни Бехчета // Российский кардиологический журнал. 2019. Т.24, №3 С. 11b-12a.
3. Манищенко Ю.А, Коломиец В.И. и др. Особенности диагностики болезни Бехчета // Украинский ревматологический журнал. 2013. Т.51, №1. С. 78-82.
4. Шукурова С.М., Махсулова М.Х. Поражение нервной системы при болезни Бехчета // Русский медицинский журнал. 2017. Т. 25, № 7. С. 457-461.

RESERENSES

1. VOZ. *Rukovodstvo po effektivnomu perinatalnomu ukhodu* [WHO. Guide of effective perenatal care]. 2015. 84-88 p.
2. Lisitsyna T. A., Goloeva R. G., Alekberova Z. S. Osobennosti terapii trombozov pri bolezni Bekhcheta [The features of diagnostic in Behcet disease]. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal – Russian Journal of Cardiology*, 2019, Vol. 24, No. 3, pp. 11b-12a.
3. Manishchenkova Yu. A, Kolomiets V. I. Osobennosti diagnostiki bolezni Bekhcheta [Lesion of the nervous system in Behcet disease]. *Ukrainskiy revmatologicheskiy zhurnal – Ukrainian rheumatological journal*, 2013, Vol. 51, No. 1, pp. 78-82.
4. Shukurova S. M., Makhsulova M. Kh. Porazhenie nervnoy sistemy pri bolezni Bekhcheta [Defeat of the nervous system in Behcet's disease]. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal – Russian Journal of Cardiology*, 2017, Vol. 25, No. 7, pp. 457-461.
5. Ben-Chetrit. E. Behçet's syndrome and pregnancy: course of the disease and pregnancy outcome. *Rheumatology Unit, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Jerusalem, Israel*, 2014, Vol. 32, No. 4, Suppl. 84, PI 0093, PF 0098.

6. Bernardo Baptista and others Behcet Syndrome and Crohn's Disease: What are the differences? *European Journal of Case Reports and Internal Medicine*. DOI: 10.12890/2019_001044.

7. Chuanlu Xu, Shihua Bao. Behcet's disease and pregnancy – a case report and literature review. *American Journal of Reproductive Immunology*, 2016, Vol. 77, pp. 110-114.

8. Gokcen Orgul., Fatih Aktoz. Behcet's disease and pregnancy: what to expect? *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2018, Vol. 38, pp. 185-188.

Сведения об авторах:

Расулова Гульнора Таиржановна – зав. отделением патологии беременности №2 ТНИИ АГиП МЗиСЗН, к.м.н., доцент
Саидова Мавзуна Исломуудиновна – научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП МЗиСЗН

Ибрагимова Назокат Таваралиевна – ординатор отделения патологии беременности №2 ТНИИ АГиП МЗиСЗН

Контактная информация:

Расулова Гульнора Таиржановна – тел: (+992) 918610409; e-mail: g_rasulova@list.ru

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

При оформлении статей для печати, редакция журнала «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения» просит придерживаться следующих правил:

1. Направляемый для публикации материал должен быть напечатан стандартным шрифтом 14 через интервал 1,5 на одной стороне стандартного листа формата А4 (210x297) с полями 3 см слева, 1,5 справа. На машинописной странице должно быть 29-30 строк (1800 знаков, включая пробелы). Статьи принимаются в двух экземплярах, обязательно наличие материала в электронной версии.

2. В начале первой страницы указываются УДК, фамилия и инициалы автора и соавторов; название статьи полностью заглавными буквами; данные об учреждении, в том числе кафедра, отдел или лаборатория, город.

Статья должна быть собственноручно подписана автором и соавторами с указанием полностью фамилии, имени, отчества, места работы, должности, ученой степени и звания. Контактная информация указывается на одного из авторов – полностью фамилия, имя, отчество, телефон, эл.адрес. Дается ссылка на отсутствие конфликта интересов авторов.

Рекомендуемый объём статей – 8-10 страниц, описания отдельных наблюдений – 5 страниц, обзор литературы – 15 страниц (перед текстом должно быть резюме с переводом его на английский язык), информации, письма в редакцию и другие материалы – 3 страницы.

3. Оригинальные исследования должны иметь следующую структуру. Резюме, в котором в краткой форме (100-250 слов) указываются: цель исследования, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, ключевые слова (3-10 слов) для индексирования статьи в информационно-поисковых системах. Для обзорных статей в резюме указывается актуальность, краткое содержание статьи и ключевые слова (100-250 слов). Резюме должно иметь перевод на английский язык. После чего следует: введение (оно должно быть кратким и ориентировать читателя в отношении цели исследования проблемы, её актуальности и задач исследования); материал и методы исследования (приводятся количественные и качественные характеристики обследованных, методы исследований и способы обработки статистических данных); результаты исследования (представляются в логической последовательности в тексте, таблицах, рисунках); обсуждение и заключение (включает

новые и важные аспекты исследования, сопоставление с данными других источников, обоснованные рекомендации и краткое заключение).

2. При наличии соавторов указывается отсутствие конфликта интересов.

3. При обработке материала используется система единиц СИ. Статья должна быть тщательно выверена автором: цитаты, формулы, таблицы, дозы визируются авторами на полях. В сноске к цитатам указывается источник (автор, название, издание, год, том, номер, страница).

4. К статье следует прилагать только необходимые для пояснения текста рисунки, которые не должны повторять материал таблиц. Подписи к рисункам даются внизу рисунка, рядом с порядковым номером.

Фотографии (черно-белые или цветные), представляемые на глянцевой бумаге, должны быть контрастными, размером 9x12 см, рисунки – чёткими. Фотокопии с рентгенограмм дают в позитивном изображении.

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. Фото таблицы не принимаются.

5. Список литературы составляется в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные авторы) по ГОСТу Р 7.0.5.-2008, а также предоставляется транслитерация по требованиям международных баз данных и информационно-справочных изданий (с учетом индексов цитирования). В тексте дается ссылка на порядковый номер в квадратных скобках.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Количество ИСТОЧНИКОВ для обзоров не больше 50.

6. Направление в редакцию работ, которые посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускаются.

7. Редакция вправе сокращать и рецензировать статьи, при отрицательной рецензии даётся письменный аргументированный отказ.

8. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

9. Плата с авторов статей за публикацию рукописей не взимается.

Статьи следует направлять по адресу: г. Душанбе, пр. И.Сомони 59, Управление науки и издательства ГОУ ИПО в СЗРТ. Тел.: 2-36-17-14; 2-36-74-97.