



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL

ТИПОГРАФИЯ
ООО «СИФАТ-ОФСЕТ»

Редактор:
Р.Р.Рофиев
Технический редактор:
С. Юлдашева
Зав. редакцией:
Е.Н. Рубис
Корректурa и редакция:
к.м.н. О.В. Шумилина
Переводчик:
К.Фаромузова

Зарегистрирован в РИНЦ,
№ 343-06/2013 от 25.06.2013 г.

Зарегистрирован в Министер-
стве культуры Республики
Таджикистан № 0212/ЖР-97
от 28.07.2022 г.

УДК Тадж: 61
№ГР 34-02.1.216 TJ

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

Сдано в набор 30.01.2024 г.
Подписано в печать 20.02.2024 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 16

Подписной индекс для пред-
приятий 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.

2 • 2024

Сардабир Н.Д. Муҳиддин – д.и.т.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Ахмедов (член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор, редактор), **С.К. Асадов** (к.м.н., доцент, 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** (академик Российской академии медико-технических наук, д.м.н., профессор), **Т.Ш. Икромов** (д.м.н., доцент), **К.И. Исmoilов** (д.м.н., профессор) **О.И. Касымов** (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 Музаффар** (д.ф.н., профессор), **С.М. Мухаммадиева** (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** (д.м.н., доцент), **Д.Б. Хамидов** (к.м.н., доцент), **Д.И. Холматов** (д.м.н., доцент), **С.М. Шукурова** (член-корр. НАНТ, 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.Дж. Гоибов** (член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор), **Д.С. Додхоев** (д.м.н.), **М.Ф. Додхоева** (академик НАНТ, д.м.н., профессор), **А.Р. Достиев** (д.м.н., профессор), **С.В. Журавель** (д.м.н., Москва), **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), **К.М. Лебединский** (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), **Т.Х. Назаров** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Ш.Ф. Одинаев** (д.м.н., доцент), **А.Б. Рахматов**, (д.м.н., проф., Ташкент), **О.О. Руммо** (д.м.н., профессор; Минск), **С.С. Сагторов** (д.м.н., профессор), **И.В. Тимофеев** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **А.Ж. Хамраев** (д.м.н., профессор; Ташкент), **С.Е. Хорошилов** (д.м.н., Москва)



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL

PRINTING HOUSE
«SIPHAT OFFSET»

Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

2 • 2024

Chief editor N.D. Mukhiddin

doctor of medical science

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

Akhmedov A. (Corresponding Member of National Academy of Sciences of Tajikistan, doctor of medical science, professor, editor), **Asadov S. K.** (candidate of medical science, docent, 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.** (academician of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences, doctor of medical science, professor), **Ikromov T. Sh.** (doctor of medical science, docent), **Ismoilov K. I.** (doctor of medical science, professor), **Kasymov O. I.** (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.** (doctor of medical science, docent), **Khamidov D. B.** (candidate of medical science, docent), **Kholmatov D. I.** (doctor of medical science, professor), **Shukurova S. M.** (Corresponding Member of National Academy of Sciences 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 National Academy of Sciences of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhaeva M. F.** (Academician of National Academy of Sciences of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhoev D. S.** (doctor of medical science), **Dostiev A. R.** (doctor of medical science, professor), **Zhuravel S.V.** (doctor of medical science, Moscow), **Ismailov A. A.** (doctor of medical science), **Kamilova M. Ya.** (doctor of medical science, docent), **Karataev M. M.** (doctor of medical science, professor; Bishkek), **Kuldzhanov M. K.** (doctor of medical science, professor, Alma-Ata), **Lebedinskiy K.M.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Nazarov T. Kh.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Odinaev Sh. F.** (doctor of medical science, docent), **A.B. Rakhmatov** (doctor of medical science, professor; Tashkent) **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), **Khamraev A.Dz.** (doctor of medical science, professor; Tashkent), **Khoroshilov S.E.** (doctor of medical science, Moscow)

ISSN 2414-0252

DUSHANBE

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

Блашкова С.Л., Крикун Е.В., Фазылова Ю.В., Блашкова Ю.В.

Совершенствование методов комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта

5

Гоибзода М.А., Ибодзода З.Х., Гоибов А.Г., Оймахмадов Х.Д.

Семейное насилие как социальное явление в сферах юрисдикции и общественного здоровья в Республике Таджикистан

11

Заркуа Н.Э., Кумыков А.А., Трунин Е.М., Акимов В.П., Кривов А.П., Мухиддинов Н.Д.

Хирургическое лечение больных с непреднамеренным повреждением внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии

17

Касымова З.Н., Зунунов Г.Б., Каюмова М.А., Ахмедов С.А., Зунунова М.Г.

Беременность у пациенток с идиопатической тромбоцитарной пурпурой

23

Касымова С.Д., Саъдуллозода Т.С., Нарзуллаева А.Р.

Динамика распространённости сахарного диабета в Республике Таджикистан

27

Кахарова Р.А., Иброхимов Ю.Х., Сироджев Д.Н., Рабиев А.Х.

Опыт хирургического лечение ректовагинальных свищей

32

Курбонов С., Асанбекова С.Х., Кодирова Ф.Р., Усманов М.

Количественный анализ строения артерии матки и маточной трубы

37

Махмадалиев Б.Г., Сироджзода М.С., Сироджов К.Х.

Концептуальный подход при лечении переломов длинных костей конечностей на фоне изолированного и множественного повреждения

41

Мурадов А.М., Мухамедова У.М., Назиров Дж.Х.

Вариации диастолической дисфункции левого желудочка сердца у больных с кардио-ренальным синдромом I и III типов

47

Мухсинзода Г.М., Рузиев М.М., Мирзоалиев Ю.Ю., Сатторова М.Х., Шарипов А.А.

Коллективный иммунитет на фоне вакцинации против Covid-19 среди медицинских работников в Республике Таджикистан к ноябрю 2023 года

53

CONTENTS

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Blashkova S.L., Krikun E.V., Fazylova Yu.V., Blashkova J.V.

Improvement of methods of complex treatment inflammatory periodontal diseases

Goibzoda M.A., Ibodzoda Z.H., Gaibov A.G., Oymakhmadov Kh.D.

Domestic violence as a social phenomenon in the spheres of jurisdiction and public health in the Republic of Tajikistan

Zarqua N.E., Kumykov A.A., Trunin E.M., Akimov V.P., Krivov A.P., Mukhiddinov N.D.

Surgical treatment of patients with unintentional damage of the extra hepatic bile ducts during laparoscopic cholecystectomy

Kosimova Z.N., Zununov G.B., Kaumova M.A., Akhmedov S.A., Zununova M.G.

Patients with primary immune thrombocytoena during the pregnancy

Kasymova S.D., Sadullozoda T.S., Narzullaeva A.R.

Dynamics of prevalence of diabetes in the Republic of Tajikistan

Kakharova R.A., Ibrohimov Yu.H., Sirojev D.N., Rabiev A.H.

Experience in surgical treatment of rectovaginal fistulas

Kurbonov S., Asanbekova S.Kh., Kodirova F.R., Usmanov M.

Quantitative analysis of the structure of the uterine artery and fallopian tube

Makhmadaliev B.G., Sirodzhzoda M.S., Sirodzhov K.Kh.

Conceptual approach to fractures of long bones of the limb in the background of isolated and multiple damage

Muradov A.M., Mukhamedova U.M., Nazirov J.Kh.

Variations of diastolic dysfunction of the left ventricle in patients with cardiorenal syndrome types I and III

Mukhsinzoda G.M., Ruziev M.M., Mirzoaliev Y.Y., Sattorova M.Kh., Sharipov A.A.

Collective immunity from vaccination against Covid-19 among the health medical workers of the Republic of Tajikistan by November 2023

Назирова Н.К., Абдулхаева Ш.Р., Воситзаде З.Ф., Салимова М.Д.

Результаты оценки физического развития детей первого года жизни с использованием Z-шкал в ГУ ГЦЗ № 1 г. Душанбе

58

Nazirova N.K., Abdulkhaeva Sh.R., Vositzade Z.F., Salimova M.D.

Results of assessment of children physical development of the first year of life using Z-scores in the State institution City health center №1 of Dushanbe

Нуров А. М.

Оценка состояния медико-санитарной помощи и социальной защиты детей-инвалидов в сельских поселениях Таджикистана

64

Nurov A.M.

To assess the state of health care and social protection of disabled children in rural settlements of Tajikistan

Олимов Т.Х., Касиров И.М., Шайдоев С.С., Гаффарова М.А., Шамсидинов Б.Н.

Значение микробиологической оценки выделенных культур в комплексном лечении больных с хроническими риносинуситами

70

Olimov T.Kh., Kasirov I.M., Shaydoyev S.S., Gaffarova M.A., Shamsidinov B.N.

The importance of microbiological assessment of isolated cultures in the comprehensive treatment of patients with chronic rhinosinusitis

Расулов С.Р., Обидов Д.С.

Общая и безрецидивная выживаемость больных диффузным раком молочной железы в зависимости от модификаций мастэктомии

75

Rasulov S.R., Obidov D.S.

Overall and recurrence-free survival in patients with diffuse breast cancer, depending on the modifications of mastectomy

Рахимова Л.Д., Мухамадиев Р.О., Махмадзода Ш.К.

Оптико-когерентная томографическая оценка эффективности ксенопластики при хориоретинальной дистрофии сетчатки

81

Rakhimova L.D., Muhamadiev R.O., Makhmadzoda SH.Q.

Optics coherent tomographic assessment of the effectiveness of xenoplasty in chorioretinal retinal dystrophy

Хамидов А.И., Ашуров Г.Г., Каримов С.М.

Клинические и рентгенологические изменения структурного состояния околозубных тканей при анатомо-функциональных нарушениях мукогингивального комплекса

88

Khamidov A.I., Ashurov G.G., Karimov S.M.

Clinical and x-ray's change of the structured condition of the besideteeth's tissue at anatomical and functional disorders of the mucogingival complex

Эсанов М.А., Шарипов Х.С., Исмоилов А.А.

Исходное значение клинико-рентгенологического состояния девитальных опорных зубов в процессе их адаптации к функционирующим ортопедическим конструкциям

96

Esanov M.A., Sharipov Kh.S., Ismoilov A.A.

Source importance clinical and x-ray conditions of devitaly supporting teeth in process of their adaptation to functioning orthopedic design

Юнусов Д.А.

Оптимизация лечения раны после удаления ретинированного третьего моляра

103

Yunusov D.A.

Optimizing wound care after removal of an impacted third molar

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Шамсзода Х.А., Набиев З.Н., Рахматова Р.А., Гийсов Х.А.

Некоторые аспекты когнитивных нарушений вследствие черепно-мозговой травмы

109

REVIEW

Shamszoda H.A., Nabiev Z.N., Rahmatova R.A., Giesov H.A.

Some aspects of cognitive disorders due to cranio-brain injury

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Холикова Н.Н., Ахмедов Ф.С., Зойдбоева Н.З., Сангова Ф.Р.

Клинический случай эндометриоза легких

114

CASE FROM PRACTICE

Kholikova N.N., Akhmedov F.S., Zoidboeva N.Z., Sangova F.

Clinical case of pulmonary endometriosis

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616.31-085

¹Блашкова С.Л., ¹Крикун Е.В.,
¹Фазылова Ю.В., ²Блашкова Ю.В.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань, Россия

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

¹Blashkova S.L., ¹Krikun E.V.,
¹Fazylova Yu.V., ²Blashkova J.V.

IMPROVEMENT OF METHODS OF COMPLEX TREATMENT INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kazan State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kazan, Russia²Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

²Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Russian University of Medicine" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Цель исследования. Повышение эффективности результатов комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита.

Материал и методы. Проведено клиническое обследование, включающее индексную оценку уровня индивидуальной гигиены рта у 110 пациентов хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) средней и тяжелой степеней тяжести на разных этапах наблюдения. В основной группе (n=54) общепринятое лечение было дополнено деконтаминацией пародонтальных очагов стоматологическим диодным лазером с длиной волны 980 нм. В контрольной группе (n=56) проводилось общепринятое комплексное лечение.

Результаты. Анализ динамики показателей упрощенного индекса гигиены в зависимости от выбранного метода лечения на всех этапах исследования (до, через 10 дней, 1,3,6 месяцев после лечения) показал, что если на начальном этапе уровень гигиены у пациентов в обеих группах был относительно сопоставим ($p>0,05$), то через 3 месяца от начала лечения значения в группе, где применялось лазерное воздействие, показатели индекса гигиены достоверно снизились, по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$). Аналогичная тенденция сохранялась в ходе дальнейшего наблюдения, достигнув достоверного максимума к концу 6 месяца за счет выраженного снижения показателей индекса – почти в 3 раза от исходного в основной группе ($p<0,001$) и только в 1,8 раз - в контрольной. Улучшение гигиенического статуса пациентов способствовало положительной динамике клинических признаков заболевания, что достоверно подтверждалось снижением медианы пародонтального индекса (PI по Russell) в 1,5 раза в основной группе исследования уже через 10 дней от начала терапии, продолжая статистически достоверное снижение к концу 6 месяца – в 3 раза от исходного значения, по сравнению с контрольной, где индекс PI к концу срока наблюдения составил 2,2 балла, что всего в 2 раза ниже от исходного.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности включения диодного лазера в комплекс базовой терапии хронического генерализованного пародонтита. Видимый эффект лечения создает более высокий уровень мотивации пациентов на поддержание должного уровня индивидуальной гигиены.

Ключевые слова: хронический пародонтит, лечение, ОНЧ-S, диодный лазер

Aim. Increasing of efficiency results complex therapy of chronic generalized periodontitis.

Material and methods. Clinical examination including index assessment of individual oral hygiene level in 110 patients with chronic generalized periodontitis (CGP) of moderate and severe severity at different stages of follow-up (before treatment and in 10 days, 1, 3 and 6 months after treatment) was carried out. In the main group (n=54) the conventional treatment was supplemented by decontamination of periodontal foci with dental diode laser with a wavelength of 980 nm. In the control group (n=56) the generally accepted complex treatment was carried out.

Results. Analysis of the dynamics of the simplified hygiene index indicators depending on the chosen method of treatment, at all stages of the study (before, after 10 days, 1,3,6 months after treatment) showed that if at the initial stage the level of hygiene in patients in both groups was relatively comparable ($p>0,05$), then after 3 months from the beginning of treatment values in the group where laser treatment was applied, hygiene index indicators significantly decreased compared to the control group ($p<0,001$). The similar tendency was maintained during further observation, having reached a reliable maximum by the end of the 6th month due to a pronounced decrease in the index values - almost 3 times from the initial one in the main group ($p<0,001$), and only 1,8 times in the control group. Improvement of hygienic status of patients contributed to the positive dynamics of clinical signs of the disease, which was confirmed by the decrease of the median periodontal index (PI according to Russell) in 1,5 times in the main group of the study already after 10 days from the beginning of therapy, continuing statistically significant decrease by the end of the 6th month - 3 times from the initial value, compared to the control group, where the PI index by the end of the observation period amounted to 2,2 points, which is only 2 times lower than the initial one.

Conclusion. The obtained results indicate the expediency of including diode laser in the complex of basic therapy of chronic generalized periodontitis. The visible effect of treatment creates a higher level of motivation of patients to maintain a proper level of individual hygiene.

Key words: chronic periodontal disease, treatment, OHI-S, diode laser

Актуальность

Широкая распространенность воспалительных заболеваний пародонта определяет необходимость в усовершенствовании диагностики, лечения и профилактики этой патологии. Одной из часто диагностируемых патологий пародонта является хронический генерализованный пародонтит различной степени тяжести. В этиологии этого заболевания основная роль принадлежит бактериальной микрофлоре, патогенность которой обусловлена иммунологической реактивностью организма [1, 5].

Достижение хорошего прогноза и стабилизации патологического процесса в пародонте при лечении хронического генерализованного пародонтита (ХГП) базируется на комплаентности пациента, его мотивации к соблюдению рациональной гигиены рта, профессиональном устранении биопленки пародонтального кармана с последующей регенерацией костных структур [2, 9].

Современные исследования свидетельствуют об антибактериальной эффективности лазеротерапии [3, 4]. Представленные авторами результаты микробиологических исследований, демонстрирующие бактериостатическое и бактерицидное действие диодных лазеров, доказывающих их эффективность в отношении патогенной микрофлоры, а также клиническая оценка состояния тканей пародонта в динамике наблюдения позволяют обосновать целесообразность применения лазерных технологий при пародонтите [6].

За последнее десятилетие представлено достаточное количество исследований, обо-

сновывающих преимущества применения лазерного излучения в терапии патологии пародонта. Представлено достаточное количество научных исследований, подтверждающих, что дополнительное использование диодного лазера значительно снижает бактериальную нагрузку, в том числе он эффективен против патогенов биопленки, что важно при составлении комплексного плана лечения. Применение диодного лазера, основанное на понимании его технических характеристик и принципов работы, способствует оптимизации результатов комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита, влияя не только на результативность лечения, но его сроки и исходы. Эффективность терапии с включением лазерного излучения обусловлена способами воздействия и параметрами излучения [7, 8].

Цель исследования

Повышение эффективности результатов комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита.

Материал и методы исследования

На базе кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Казанского ГМУ Минздрава России проведено изучение эффективности различных методов лечения хронического пародонтита в динамике наблюдения путем сравнения показателей индексной оценки состояния тканей пародонта. В исследовании участвовали 110 пациентов обоих полов в возрасте 25-55 лет, без соматической патологии, у которых по результатам клинико-инструментального и рентгенологического исследований был диагностирован хронический генерализованный

пародонтит различной степени тяжести.

Все пациенты подписали информированное добровольное согласие на проведение исследования и лечения, после чего методом случайной выборки были распределены на 2 группы – основную и контрольную. Основную группу (n=54) составили пациенты с ХГП, которым в сочетании с базовой терапией пародонтита были проведены кюретаж пародонтальных карманов и лазерная деконтаминация диодным стоматологическим лазером с длиной волны 980 нм в течение 30 секунд на один карман при средней мощности излучения 0,75 Вт в импульсном режиме. Одновременно с лазерной обработкой трехкратно в течение одного приема проводилась инстилляционная пародонтальных карманов 3% раствором перекиси водорода. Каждому исследуемому было проведено по 3 процедуры лазерного воздействия.

Пациентам контрольной группы (n=56) проведено общепринятое лечение пародонтита.

Базовая терапия пародонтита включала в себя обучение и контроль гигиены рта, удаление над- и поддесневых зубных отложений и биопленки путем ультразвукового скейлинга, кюретаж пародонтальных карманов по общепринятому протоколу, инстилляцию антисептического геля, содержащего 2% раствор хлоргексидина биглюконата и метронидазол.

Всем исследуемым была подобрана индивидуальная программа гигиены рта с использованием основных и дополнительных средств гигиены (зубные щетки, пасты, флоссы, межзубные ершики и ирригаторы).

Уровень индивидуальной гигиены рта проводили путем определения индексу упрощенного индекса гигиены Грина-Вермильона (ОНИ-S), пародонтологический статус определяли по пародонтальному индексу (PI, Russel A., 1956). Сравнительный анализ данных индек-

сов в динамике наблюдения на сроках: до лечения, через 10 дней от начала и после лечения -1, 3, 6 месяцев - использовался как критерий эффективности проводимого лечения.

Используя методы пара- и непараметрического анализа, с учетом результатов проверки сравниваемых совокупностей на нормальность распределения проведена статистическая обработка полученных результатов с использованием программы IBM SPSS Statistics 20.

Результаты и их обсуждение

Для достижения поставленной цели в ходе исследования была проведена сравнительная оценка гигиенических и пародонтальных индексов в динамике на разных сроках терапии ХГП в зависимости от выбранной методики. Результаты исследования показали, что проводимая терапия пародонтита в обеих группах исследования способствует улучшению гигиенического статуса пациентов, о чем свидетельствует статистически достоверное ($p < 0,001$) снижение показателей индекса гигиены (ОНИ-S). Однако, если в основной группе с применением диодного лазера медиана показателя снизилась практически в 3 раза, то в контрольной группе - всего лишь в 1,8 раза. При этом в основной группе снижение индекса ОНИ-S оставалось статистически значимым ($p < 0,001$) до конца сроков исследования, тогда как в контрольной группе достоверное снижение ($p < 0,001$) индекса определялось лишь на 3 месяце наблюдения, без положительной динамики ($p = 0,358$) на последующих сроках исследования. До лечения и через 10 дней показатели индекса ОНИ-S не имели существенных различий в обеих группах исследования ($p > 0,05$).

Сравнительная оценка динамики индекса ОНИ-S в группах исследования на различных сроках наблюдения представлена на рисунке 1.

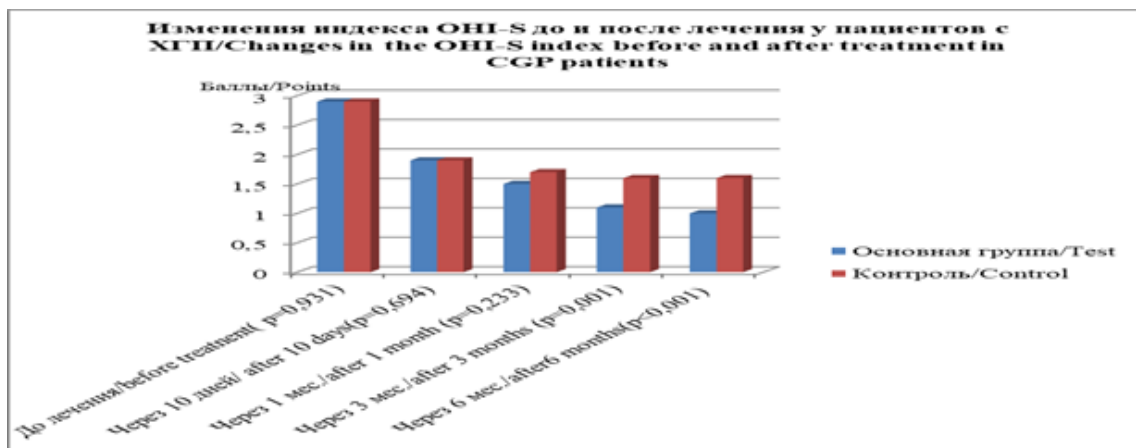


Рис. 1. Изменение индекса ОНИ-S до и после лечения у пациентов с ХГП в зависимости от методов проводимой терапии

Динамика гигиенического индекса ОНi-S позволила провести сравнительный анализ распределения пациентов по уровню индивидуальной гигиены рта, который показал, что в начале исследования в структуре обеих групп основную долю составили пациенты с плохим уровнем гигиены рта: в основной группе - 81,5%, в контрольной – 78,6%. Выполнение рекомендаций по индивидуальной гигиене рта с регулярным само- и профессиональным контролем способствовало снижению доли пациентов с плохой гигиеной рта до 9,3% в контрольной и 3,6% основной группах исследования соответственно уже через 10 дней от начала исследования.

Статистически достоверные различия по уровню гигиены в группах исследования за счет увеличения доли пациентов с хорошей и удовлетворительной гигиеной регистрировались на сроках 3 месяца наблюдения и составили 84,1% исследуемых в группе с включением в терапию диодного лазера и соответственно 57,8% в группе с традиционной терапией пародонтита. Аналогичная тенденция по улучшению уровня гигиены пациентов в основной группе исследования сохранялась и через 6 месяцев от начала лечения – количество пациентов с хорошей и удовлетворительной гигиеной составило практически 91%, тогда как в контрольной группе было отмечено снижение мотивации к сохранению хорошего гигиенического статуса, что отразилось и на количественных показателях – по сравнению с предыдущим этапом, доля пациентов с хорошей и удовлетворительной гигиеной составила порядка 55%.

Принимая во внимание характер изменений свойственных пародонтиту, анализ

динамики основных показателей пародонтального статуса в зависимости от методов лечения в группах исследования проводился путем оценки пародонтального индекса PI по Russell.

Консервативное лечение пародонтита способствовало значительному снижению активности клинических признаков заболевания у пациентов обеих групп, что подтверждалось статистически достоверной динамикой пародонтального индекса ($p < 0,001$). При этом следует отметить, что динамика показателей индекса PI имела аналогичную показателям индекса ОНi-S в группах исследования. Так, если в группе с применением лазерного воздействия снижение значений индекса было выраженным в течение всего периода наблюдения ($p < 0,001$), то в группе, где проводилась традиционная терапия, статистически значимое ($p < 0,001$) снижение PI диагностировалось на сроке 3 месяца наблюдения, достигая критического минимума ($p = 0,051$) по сравнению с предыдущим значением к концу сроков исследования.

Результаты исследования показали, что при изначально незначительных отличиях ($p = 0,259$) клинических проявлений, регистрируемых PI по Russel, уже через 10 дней от начала лечения в основной группе значения индекса были достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем в контрольной, а медиана показателя в 1,5 раза выше, чем при стандартной базовой терапии пародонтита. Схожая тенденция в отношении медианы показателя индекса PI сохранялась в сравниваемых группах на всех сроках наблюдения ($p < 0,001$). Динамика пародонтального индекса на различных сроках наблюдения представлена на рисунке 2.

Изменение пародонтального индекса (PI) у пациентов с ХГП до и после лечения / Changes in the periodontal index (PI) in CGP patients before and after treatment

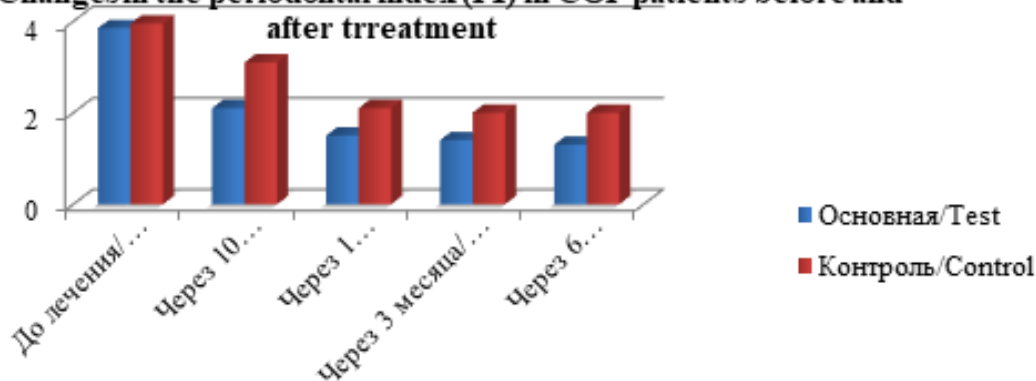


Рис. 2. Динамика пародонтального индекса (PI) в группах исследования на различных сроках наблюдения

Оценка пародонтального индекса в совокупности с другими клинико-рентгенологическими характеристиками позволила провести распределение пациентов по степени тяжести патологического процесса в группах наблюдения. Так, изначальная структура групп сравнения по выраженности деструктивного процесса в пародонте не имела достоверных отличий ($p=0,075$). В основной группе исследования основная доля пациентов была представлена ХГП средней степени тяжести – 68,5%, в контрольной группе эти пациенты составили 50% соответственно.

Активное пародонтологическое лечение в обеих группах привело к изменению долевого соотношения пациентов с различной тяжестью патологического процесса внутри каждой группы, но и к статистически достоверным ($p<0,001$) различиям в структуре заболевания по степени тяжести в зависимости от проведенного лечения. Так, в основной группе значительно снизилась доля пациентов со средней степенью тяжести – до 59,3% за счет увеличения 6 месяцев после проведенной терапии представлено на рисунке 3.

доли исследуемых (40,7%) с клиническими признаками, соответствующими критериям диагноза «пародонтит легкой степени тяжести».

В контрольной же группе доля пациентов со средней степенью тяжести поражения пародонта также увеличилась и составила 96,4%. Однако, если к окончанию срока наблюдения в основной группе регистрировался рост доли пациентов с признаками легкой степени тяжести пародонтита до 57,4%, что свидетельствует о высокой эффективности проводимого лечения, то в группе с традиционной терапией пародонтита положительная динамика распределения пациентов, свидетельствующая о клинически значимой эффективности проводимой терапии, практически отсутствовала: доля пациентов с пародонтитом легкой степени тяжести к 6 месяцу от начала лечения составила только 1,8%.

Структура групп исследования по выраженности патологического процесса в пародонте до начала лечения и через 6 месяцев

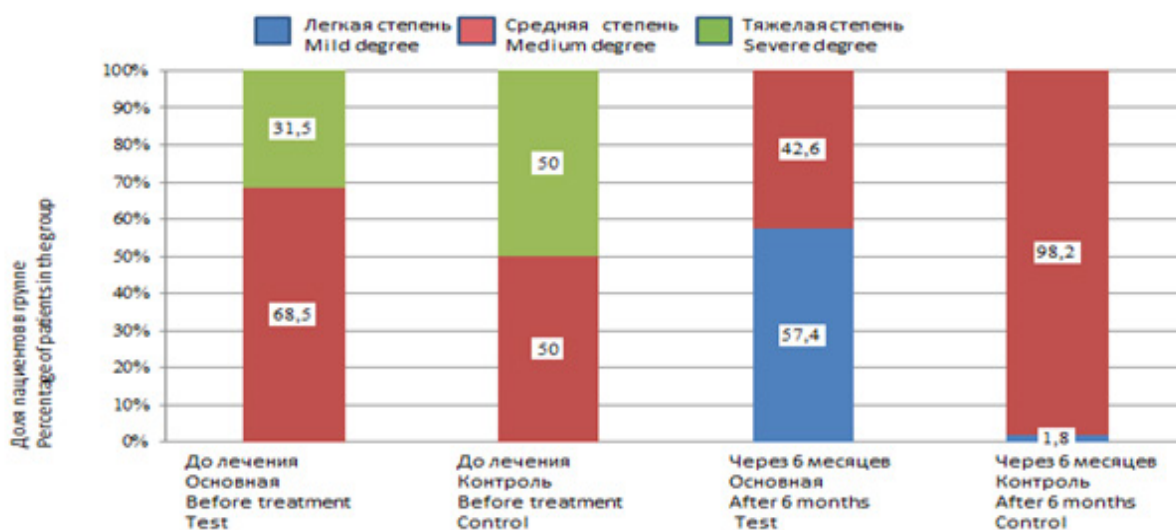


Рис. 3. Состав групп исследования в зависимости от степени поражения пародонта до начала лечения и через 6 месяцев в зависимости от выбранной схемы лечения

Заключение

Таким образом, полученные результаты исследования позволяют считать эффективным применение диодного лазера в лечении хронического пародонтита различной степени тяжести. Антибактериальный эффект диодного лазера позволяет снизить микробную нагрузку, что приводит к клиническому улучшению. У пациентов основной группы регистрировалась более благоприятная динамика исходов лечения,

в сравнении с контрольной. Проведенное лечение не только способствовало улучшению гигиенического статуса рта пациентов, но и при достижении клинически видимого и статистически достоверного эффекта лечения создает высокий уровень мотивации пациентов для поддержания его в отдаленные сроки наблюдения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-9 см. в REFERENCES)

1. Базикян Э.А., Сырникова Н.В., Чунихин А.А. Перспективные лазерные технологии в терапии заболеваний пародонта // Пародонтология. 2017. № 22(3). С. 55-59.
2. Ковалевский А.М., Ушакова А.В., Ковалевский В.А. Бактериальная биоплёнка пародонтальных карманов: переосмысление опыта пародонтологии // Пародонтология. 2018. № 23(2). С.15-20.
3. Любомирский Г.Б. Клинико-функциональные показатели состояния пародонта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в динамике лазеротерапии // Российская стоматология. 2020. № 13(2). С. 3-11.
4. Максимова Н.В. Результат лечения воспалительных процессов краевого пародонта с использованием диодного лазера перед ортопедической реабилитацией // Казанский медицинский журнал. 2017. Т. 98, № 4. С. 628-631.
5. Слажнева Е.С., Атрушкевич В.Г., Орехова Л.Ю. Сравнительная оценка изменения микробиома пародонта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом после проведения Вектор-терапии // Пародонтология. 2020. № 25(3). С. 190-200.

REFERENCES

1. Bazikyan E.A., Syrnikova N.V., Chunikhin A.A. Perspektivnye lazernye tekhnologii v terapii zabolevaniy parodonta [Promising laser technologies in the treatment of periodontal diseases]. *Parodontologiya – Periodontology*, 2017, No. 22 (3), pp. 55-59.
2. Kovalevskiy A.M., Ushakova A.V., Kovalevskiy V.A. Bakterialnaya bioplyonka parodontalnykh karmanov: pereosmyslenie opyta parodontologii [Bacterial biofilm of periodontal pockets: the revision of periodontology experience]. *Parodontologiya – Periodontology*, 2018, No. 23 (2), pp.15-20.
3. Lyubomirskiy G.B. Kliniko-funktsionalnye pokazateli sostoyaniya parodonta u patsientov s khronicheskim generalizovannym parodontitom v dinamike lazeroterapii [Clinical and functional indicators of the state of parodont in patients with chronic generalized parodontitis in the dynamics of laserotherapy]. *Rossiyskaya stomatologiya – Russian Stomatology*, 2020, No. 13 (2), pp. 3-11.
4. Maksimova N.V. Rezultat lecheniya vospalitelnykh protsessov kraevogo parodonta s ispolzovaniem diodnogo

lazera pered ortopedicheskoy reabilitatsiy [Results of inflammatory process in marginal parodont with using of diode laser to orthopedic rehabilitation]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal – Kazan Medicine Journal*, 2017, Vol. 98, No. 4, pp. 628-631.

5. Slazhneva E.S., Atrushkevich V.G., Orekhova L.Yu. Sravnitel'naya otsenka izmeneniya mikrobioma parodonta u patsientov s khronicheskim generalizovannym parodontitom posle provedeniya Vektor-terapii [Comparative evaluation of changes in the periodontal microbiome in patients with chronic generalized periodontitis after Vector-therapy]. *Parodontologiya - Periodontology*, 2020, No. 25 (3), pp. 190-200.
6. Alzoman H.A., Diab H.M. Effect of gallium aluminium arsenide diode laser therapy on Porphyromonas gingivalis in chronic periodontitis: a randomized controlled trial. *International Journal of Dental Hygiene*, 2016, Vol. 14, No 4, pp. 261-266.
7. Bozkurt S.B., Dundar N., Hakki S.S. Biostimulation with diode laser positively regulates cementoblast functions, in vitro. *Lasers in Medical Science*, 2017, Vol. 32, No. 4, pp. 911-919.
8. Parker S, Cronshaw M, Anagnostaki E. Current Concepts of Laser-Oral Tissue Interaction. *Dentistry Journal*, 2020, Vol. 8, No 3, pp. 61-65.
9. Scannapieko F., Dongari-Bagtzoglu A. Revision of dysbiosis: understanding the role of the oral microbiome in the pathogenesis of gingivitis and periodontitis: a critical assessment. *Periodontics Journal*, 2021, Vol. 92, No 8, pp. 1071-1078.

Сведения об авторах:

Блашкова Светлана Львовна – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ, д.м.н., профессор; тел.: +7 (917) 2825466

Крикун Елена Валерьевна – доцент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ, к.м.н.; тел.: +7 (905) 3177812

Фазылова Юлия Вильдановна – доцент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ, к.м.н.; тел.: +7 (903) 3416382

Блашкова Юлия Валерьевна – аспирант кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет медицины»; тел.: +7 (917) 3942869

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616.69-008.3;616.082;301.185.1

¹Гоибзода М.А., ²Ибодзода З.Х.,
³Гоиров А.Г., ^{4,5}Оймахмадов Х.Д.

СЕМЕЙНОЕ НАСИЛИЕ КАК СОЦИАЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ В СФЕРАХ ЮРИСДИКЦИИ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Академия государственного управления при Президенте Республики Таджикистан
²НОУ «Таджикский медико-социальный институт»
³ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
⁴ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗиСЗН РТ
⁵Лечебно-профилактический центр «Мадад», Вахдат

¹Goibzoda M.A., ²Ibodzoda Z.H.,
³Gaibov A.G., ^{4,5}Oymakhmadov Kh.D.

DOMESTIC VIOLENCE AS A SOCIAL PHENOMENON IN THE SPHERES OF JURISDICTION AND PUBLIC HEALTH IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹Academy of Public Administration under the President of the Republic of Tajikistan
²PEI Tajik medical and Social Institute
³State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in the Field of Health of the Republic of Tajikistan"
⁴Treatment and prevention center "Madad" of Vakhdat City

Цель исследования. Изучить современное состояние семейного насилия как явления в сферах юрисдикции и общественного здоровья в Таджикистане.

Материал и методы. В работе использованы материалы профильных министерств и ведомств и информация международных и общественных организаций, а также результаты анкетного опроса 450 женщин в возрасте 18-63 лет, проживающих в Гиссарском, Вахдатском Шахринавском и Файзабадском районах, в 2022 году.

Полученные данные обработаны статистическим, аналитическим и социологическими методами по стандартным программам.

Результаты. Насилие в семье является серьезной проблемой бедных и развивающихся стран, включая Таджикистан, в котором женщины-респонденты только в 17,2% случаев работают на предприятиях и в организациях и лишь в 3,0% случаев занимаются индивидуальной предпринимательской деятельностью.

В 58,6% случаев они состоят в законном браке, в 17,7% случаев - в гражданском браке, находясь в активном репродуктивном возрасте. В 26,5% случаев расставание с первыми мужьями происходило вследствие жестокого обращения с ними - регулярных избиений, оскорблений, унижения, способствующих развитию нервно-психических нарушений и обострению хронических заболеваний. В частности, в 65,0% случаев мужья хотя бы раз ударили своих жен.

Для более чем 50,0% женщин психологическое насилие стало повседневным, причем в 33,4% случаев оно исходило от близких, друзей и родственников мужа в форме пренебрежительного отношения к ее вкусам, поступкам, эмоциям, изоляции от ее родных и друзей. Часто в такой атмосфере находятся не только женщины, но и дети - подростки, страдающие хроническими заболеваниями или врожденной патологией. Каждая пятая женщина подвергалась сексуальному насилию, даже в период беременности.

Заключение. Насилие в семье остается одной из самых актуальных социально-правовых проблем в Таджикистане. Установлена специфика семейного насилия, определяемая различными повреждениями организма

человека, социальным нигилизмом, жестокостью и правовой безнаказанностью, особенно в отношениях с женщинами и детьми.

Ключевые слова: *насилие, члены семьи, отношения - медицинские, социальные уголовные, правовые, Таджикистан*

Aim. To study the current state of domestic violence as a phenomenon in the areas of jurisdiction and public health in Tajikistan.

Material and methods. The work used materials from relevant ministries and departments and information from international and public organizations, as well as the results of a questionnaire survey of 450 women aged 18-63 years living in Gissar, Vakhdat Shakhriyev and Fayzabad districts in 2022. The obtained data was processed using statistical, analytical and sociological methods using standard programs.

Results. Domestic violence is a particularly serious problem in poor and developing countries, including Tajikistan, in which women respondents work in enterprises and organizations in only 17,2% of cases and are engaged in self-employment in only 3,0% of cases. activities. Moreover, in 58,6% of cases they are legally married, and in 17,7% of cases they live in a civil marriage - as second wives, being in active reproductive age. In addition to that, in 26,5% of cases, separation from first husbands occurred as a result of cruel treatment of them - regular beatings, insults, humiliation, contributing to the development of neuropsychic disorders and exacerbation of chronic diseases. In particular, in 65,0% of cases, husbands hit their wives at least once. For more than 50,0% of women, psychological violence became everyday, and in 33,4% of cases it came from relatives, friends and husband's relatives in the form of disdain for her tastes, actions, emotions, isolation from her family and friends. Often in such an atmosphere there are not only women, but also adolescents suffering from chronic diseases or congenital pathologies. In addition, one in five women has experienced sexual violence, even during pregnancy.

Conclusion. Domestic violence remains one of the most pressing social and legal problems in Tajikistan.. The tension of life, stress, depression, lack of spirituality, unemployment, labor migration, lead to the loss of family and moral values, alcoholism and drug addiction, creating fertile ground for the denial of legislation and its legal norms. The specificity of family violence has been established, determined by various damage to the human body, social nihilism, cruelty and legal impunity, especially in relations with women and children.

Key words: *violence, family members, medical, social, criminal, legal problems, Tajikistan*

Актуальность

Насилие является одной из наиболее острых социальных и правовых проблем, поскольку оно не только отражается на жертвах, но и дестабилизирует общество в целом, несет угрозу социальному порядку [3]. С распадом Советского Союза и последующими изменениями социально-экономических условий жизни населения в новом Содружестве Независимых Государств возникли ранее неизвестные явления, такие как безработица, бедность, массовая трудовая внутренняя и внешняя миграция многих сотен тысяч людей. Это не могло не привести к их психическому напряжению и разрядке в виде резко участвовавших случаев разнохарактерного семейного насилия.

Следует отметить, что именно устои взаимоотношений в конкретно рассматриваемом обществе служат основой для его глубокого познания. При этом оно чаще всего осуществляется в отношении женщин во всех бывших союзных республиках, однако было признано социальным явлением лишь во второй половине XX века, причем как нарушение закона, т.е. как преступление [2].

В бедных и развивающихся странах насилие в семье многие годы остается одной из самых актуальных социально-правовых про-

блем, нерешенность которых препятствует реализации конституционного равенства всех людей.

Международным сообществом насилием над женщинами признано любое действие, которое наносит либо может нанести им половой, физический или психологический вред, страдания, а также угрозы его совершения, принуждение к чему-либо, лишение свободы, прав, средств к существованию [1, 4]. Что же касается детей и подростков, то самым распространенным видом насилия по отношению к ним является психическое насилие с целью подавления человеческой психики, что в социологии и юриспруденции расценивается как принуждение в виде угроз [2].

Женщины и дети, живущие в условиях бедности, чаще других подвержены расстройству физического и психического развития. Поэтому неслучайно Всемирная Ассамблея здравоохранения проблему насилия в отношении женщин признала приоритетной в сфере общественного здравоохранения, требующей немедленного внимания правительства и общественных организаций [1, 4].

Различают такие формы жестокого обращения, как физическое (избиение жены

или детей), сексуальное насилие (изнасилование, надругательство над женщинами или детьми), пренебрежение (неспособность родителей обеспечить насущные потребности ребенка), психологическое насилие (угроза избить или убить жену, детей, бросить семью, доведение до самоубийства, шантаж, брань, упреки, ревность), экономическое насилие (запрет работать, отказ в деньгах, отъем денег у супруги или детей) и преследование жены [3].

Следует отметить, что большинство жертв в этих условиях молчат, не просят о помощи, в которой так отчаянно нуждаются. Во многих зарубежных странах при разбирательстве дел о насилии и избиении жены мужем суд рассматривает ситуацию не как внутрисемейную, а как общественно значимую проблему.

Домашнее насилие - очень распространенное явление и в Таджикистане вследствие взаимодействия традиционных, религиозных, социо-культурных и семейных ценностей, в частности, из-за нежелания «выносить сор из избы» или вмешиваться в «чужое дело». Так, более 50,0% женщин, ставших жертвами насилия, стараются отрицать его объективные обстоятельства с тем, чтобы избежать «позора» или из-за страха осуждения со стороны близких и окружающих [3, 4]. Это одна из основных причин того, что законодательные меры, как таковые, сами по себе не играют существенной роли.

Решение проблем семейного насилия должно основываться на взаимодействии политических, юридических, экономических институтов и гражданского общества, широкие слои которого способны повлиять на социальные нормы и ценности, изменить постулат, основанный на агрессии и насилии.

Таким образом, решение названной проблемы в нашей стране остаётся одним из важных направлений в государственной деятельности по сохранению и укреплению семьи и профилактике уголовно наказуемой преступности. Кроме того, на фоне декриминализации побоев семейно-бытовое насилие стало предметом пристального внимания общественности и учёных, что послужило побудительным мотивом к проведению настоящего исследования.

Цель исследования

Изучить и оценить состояние семейного насилия как явления в сферах юрисдикции и общественного здоровья в Таджикистане.

Материал и методы исследования

Использовали отчеты и информационные материалы Министерства здравоохранения

и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Министерства внутренних дел Республики Таджикистан, Министерства образования и науки Республики Таджикистан, международных и общественных организаций, а также данные, полученные в специальном анкетировании в 2022 году 450 женщин в возрасте 18-63 лет, проживающих в Гиссарском, Вахдатском, Шахринавском и Файзабадском районах, обработанные статистическим и аналитическим методами исследования по стандартным программам.

Результаты и их обсуждение

Семейное насилие является очень древним явлением в жизни разных народов. Нет страны и общества, свободного от него. Насилие над женщинами, детьми и пожилыми людьми осознается как особо серьезная проблема, преимущественно в развивающихся и бедных странах. В определенной ситуации эти лица подвергаются дискриминации не только у себя дома, но и в интернатах, пансионатах или в общине, чем грубо нарушаются их законные права на жизненное благополучие, в т.ч. физическое, духовное и социальное.

При этом характерно, что 12,5% женщин Таджикистана не имеют даже начального образования, остальные представляются как специалисты различных отраслей народного хозяйства. Однако лишь 17,2% из них работают на предприятиях или в организациях и в 3,0% случаев занимаются индивидуальной предпринимательской деятельностью.

Примечательно, что более чем в 25,6% случаев женщины - жертвы домашнего насилия или жестокого обращения - отказывались от посещения участкового врача и милиционера. При этом они стараются не афишировать сложные семейные отношения, не желают общественного обсуждения или даже осуждения себя или близких, не уверены в помощи при разрешении конфликтной ситуации со стороны правоохранительных органов либо просто не знают, куда обращаться.

Тем самым насилие закрепляется, с одной стороны, социально-правовой безнаказанностью, с другой - нехваткой или отсутствием экономических возможностей человека, подвергшегося насилию, что приводит к тому, что оставшиеся в живых продолжают зависеть от насильника.

Таким образом, из-за отсутствия полноценной и достоверной информации, исходящей из правоохранительных органов и медицинских учреждений, недоверие к ней соответственно не представляется возможным оценить и представить действительные

размеры семейного насилия над женщинами и детьми.

Согласно анкетным данным, 58,6% женщин состояли в браке, 23,6% оставались незамужними, 17,7% являлись вторыми женами, большая часть из них находилась в активном репродуктивном возрасте.

При этом в 26,5% случаев женщины расставались с первыми мужьями из-за жестокого обращения - регулярные избиения, оскорбления, унижения, что способствовало развитию у них нервно-психических нарушений и обострений хронических заболеваний. В частности, в 65,0% случаев мужья хотя бы раз ударили своих жен.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что различные формы семейного насилия отмечены в 32,7% случаев, в 17,3% случаев встречались "эпизоды" в семейных отношениях, не переходящие грань физического насилия.

Для более чем 50,0% опрошенных женщин психологическое насилие стало повседневным в их жизни. В 33,4% случаев это были оскорбления и унижения со стороны близких, друзей и родственников мужа, пренебрежительное отношение их к ее вкусам, поступкам, эмоциям, изоляция ее от своих родных и друзей.

В нашем обществе сохраняются традиционные патриархальные ценности, способствующие нарушению прав человека. При этом межличностные и социокультурные нормы определяют природу, в т.ч. гендерного, насилия. Например, в южноазиатской культуре мужчина рассматривается воплощением права и власти, вследствие чего насилие в семье (в той или иной форме) оправдывается давними культурными и социальными традициями и ценностями, являясь неизбежной частью супружеской жизни [5, 7].

Следует отметить, что часто в такой гнетущей атмосфере находятся не только женщины, но и подростки, страдающие от хронических заболеваний или врожденной патологии. Кроме того, каждая пятая женщина испытывала со стороны мужа сексуальное насилие даже в период беременности. Происходили различные формы насилия: физическое воздействие - 32,7% случаев, психологическое давление - в 46,4% случаев, в т.ч. со стороны свекрови и других членов семьи - в 10,2% случаев.

Среди всех агрессивных поступков мужчин в трети случаев (29,8%) причинами являлись эмоциональные и нервные срывы (40,1%), связанные с материальными и социальными проблемами, решить которые им не удавалось из-за наличия проблем в самой

личности, моральных, волевых, интеллектуальных, психологических дефектов, низкой культуры.

Примеры насилия в семье передавались будущему «насилынику» в 18,2% случаев, на психологическую несовместимость характеров супругов указано в 10,0% случаев.

В сущности, некоторые мужчины, особенно молодые, жестокость в семейных отношениях используют как средство разрядки от агрессивности, накопленной под влиянием негативных для них психотравмирующих условий жизни, отыгрываясь на наиболее слабых и незащищенных членах семьи.

В целом, проблема создаёт определенный дисбаланс и дисгармонию в обществе. Последствиями любого насилия в семье становятся телесные повреждения, психические расстройства, сердечно-сосудистые болезни, потеря чувства самоуважения у жертвы и самоубийства. При этом грубое обращение нередко провоцирует ответные насильственные действия по отношению к агрессору, иногда приводящие к летальному исходу.

Снижение иммунитета и сопротивляемости организма жертвы приводит к обострению хронической патологии, уменьшению ожидаемой продолжительности жизни, особенно у пожилых и одиноких женщин. Негативные эмоции не позволяют им нормально общаться и адаптироваться к быстро меняющимся социальным ролям, ухудшению состояния здоровья, у них появляется тревожность и депрессия, что укорачивает их жизнь.

Следовательно, пережитое насилие остается тяжелой травмой не только для женщины, но и для ребенка, и не проходит бесследно.

Во всем мире насилие в отношении женщин остается основной причиной их заболеваемости и смертности в возрасте 15-49 лет, унося больше жизней, чем рак, особо опасные инфекционные заболевания (холера, малярия, тифы и др.), дорожно-транспортные происшествия и войны, вместе взятые. В 1990-х годах вопросы охраны здоровья женщин стали привлекать особое внимание глобального общественного здравоохранения - после публикации в 1993 году Декларации ООН об искоренении насилия в отношении женщин.

При этом, выполняя основные положения Декларации, соответствующие министерства, комитеты, ведомства, гражданское общество и СМИ должны всемерно активизировать диалог о значимости женского вклада в развитие и о важности признания успехов женщин в общественной жизни страны.

В этой связи уже имеется в стране законодательная база, информационно-обра-

зовательные программы для привлечения к решению проблемы представителей исполнительной и судебной властей на местах, религиозных и общественных организаций и другие. Устранить или снизить число случаев семейного насилия возможно только солидарными усилиями каждого жителя страны, всех ветвей исполнительной власти, заинтересованных министерств и ведомств, учреждений и организаций гражданского общества, которые должны жёстко реагировать на преступное насилие во всех его проявлениях, в т.ч. в семейных отношениях. В связи с этим профилактические меры в отношении насилия против женщин должны быть направлены на оздоровление социально-экономических отношений во всех сферах их жизнедеятельности, обусловленных неизвестными ранее явлениями, приводящими к психоэмоциональному напряжению населения, разрядка которого часто происходит в разном виде семейном насилии, с появлением «агрессора» и его «жертвы», находящихся в сфере внимания общественного здоровья и здравоохранения и юриспруденции. Роль жертвы часто «достается» по известным причинам женщине или детям, которые в более чем 50% случаев отказываются оглашать объективные обстоятельства, нарушившие их законодательные права на честную, достойную и благополучную жизнь.

При этом в зависимости от образования и сферы трудовой занятости обращаемость женщин за помощью в медицинские учреждения и участковые или судебные органы находится на уровне 32,7% случаев физического воздействия, в 46,4% случаев - психологического насилия. В 10,2% случаев ей препятствуют в этом другие члены семьи. В целом, насилие в семье указывает не только на отсутствие равновесия и согласованности в самом обществе, но и на правовую безответственность, царящую в уполномоченных органах, причём при побоях, телесных повреждениях и даже при суицидальных происшествиях. Участники настоящего исследования считают обязательным при семейном насилии проведение совместных целенаправленных действий всеми государственными и общественными организациями, прежде всего,

связанными с образованием, здравоохранением и культурой.

Достоверно обозначенная частота насилия в отношении женщин может быть снижена, в т.ч. путем публикации данных о степени и месте его распространенности. При этом проведение соответствующих национальных исследований и оценка ситуации на регулярной основе имеет решающее значение для разработки стратегий его профилактики с учетом возрастных, культурных и гендерных особенностей.

Заключение

Основными причинами и многочисленными факторами домашнего насилия являются недостаточный уровень социально-экономического и культурного развития участников семейных отношений, слабая реализация Закона Республики Таджикистан «О предупреждении насилия в семье» от 19 марта 2013 года, № 954.

Ежегодно в Таджикистане от домашнего насилия, в т.ч. суицидных поступков, погибают десятки людей, еще большее их количество получают психические травмы и телесные повреждения, от которых страдают часто всю оставшуюся жизнь, причем в более чем 50% случаев виновные остаются безнаказанными. Соответственно, возбуждаемые гражданские дела не доходят до суда, оставляя виновника безнаказанным.

Наиболее распространенными и эффективными организационными формами работы со случаями семейного насилия являются «телефон доверия», социальные приюты, центры с убежищем для пострадавших от насилия.

Гендерное и возрастное насилие нарушает предоставляемые Конституцией права человека, в связи с чем СМИ должны регулярно извещать население и заинтересованные органы власти, проводить беседы по насущным темам внутрисемейных взаимоотношений.

Насилие в семье ведет к заметному ослаблению гуманизма в семейном воспитании, формирует жесткость и безнравственность в среде подрастающего поколения, что приводит к преступному поведению.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадамшин И.Д., Набиев Ф.Ф. Семейно-бытовое насилие: понятие, виды, причины. // Право: ретроспектива и перспектива. Уголовно правовой блок. 2020. С. 68-73.

2. Муханова Е.Д. Насилие в семье: проблема социальное и правовое // Мысль: электронный периферический журнал. 2017. № 4. С 144 – 149.

3. Одинаева Ф.С., Факирова О.А., Сафарова К.А. и др. Насилие в отношении женщин как социальное

явление, нарушающее права человека в Республике Таджикистан // Симург. 2022. № 4(2). С. 111-115

4. Пухова К.С. Домашнее насилие: уголовно-правовой и криминологический аспект // Молодой ученый. 2018. № 18 (204). С. 263-266.

REFERENCES

1. Badamshin I.D., Nabiev F.F. Semeyno-bytovoe nasilie: ponyatie, vidy, prichiny [Domestic violence: concept, types, causes]. *Pravo: retrospektiva i perspektiva. Ugolovno pravovoy blok - Law: retrospective and perspective. The Criminal Law unit*, 2020, pp. 68-73.

2. Mukhanova E.D. Nasilie v seme: problema sotsialnoe i pravovoe [Domestic violence: a social and legal problem]. *Mysl: elektronnyy perifericheskiy zhurnal - Thought: an electronic peripheral journal*, 2017, No. 4, pp. 144 – 149.

3. Odinaeva F.S., Fakirova O.A., Safarova K.A. Nasilie v otnoshenii zhenshchin kak sotsialnoe yavlenie, narushayushchee prava cheloveka v Respublike Tadjhikistan [Violence against women as a social phenomenon violating human rights in the Republic of Tajikistan]. *Simurg – Simurg*, 2022, No. 4 (2), pp. 111-115

4. Pukhova K.S. Domashnee nasilie: ugolovno-pravovoy i kriminologicheskiy aspekt [Domestic

violence: criminal law and criminological aspect]. *Molodoy uchenyuy – Young Scientist*, 2018, No. 18 (204), pp. 263-266.

Сведения об авторах:

Гоибзода Мехрангез Амонullo – декан магистерского отделения Академии государственного управления при Президенте Республики Таджикистан, к.юр.наук, доцент; тел.: (+992) 930801 848

Ибодзода Зарина Хабибулло – ректор НОУ «Таджикский медико-социальный институт», к.экон.наук; тел.: (+992) 918681713

Гоиров Амонullo Гоирович – профессор кафедры общественного здоровья, управления здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; д.м.н.; тел.: (+992) 935930702; e-mail: goirov.amonullo@mail.ru

Оймахмадов Хабибулло Давлатович – хирург лечебно-профилактического центра «Мадад» города Вахдат, соискатель ГУ «НИИ профилактической медицины Таджикистана»; тел.: (+992) 915572728; e-mail: dr.habib_d@mail.ru

¹Заркуа Н.Э., ¹Кумыков А.А., ¹Трунин Е.М.,
¹Акимов В.П., ¹Кривов А.П., ⁴Мухиддинов Н.Д.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕПРЕДНАМЕРЕННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации, СПб

²ГБУЗ «Александровская больница», Санкт-Петербург, Российская Федерация

³ГБУЗ «Городская больница № 9», Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁴Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования
в сфере здравоохранения РТ»

*Zarqua N.E., Kumykov A.A., Trunin E.M.,
Akimov V.P., Krivov A.P., Mukhiddinov N.D.*

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH UNINTENTIONAL DAMAGE TO THE EXTRAHEPATIC BILE DUCTS DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “North-West State
Medical University named after I.I. Mechnikov” of the Ministry of Health of the Russian
Federation, St. Petersburg

²State Medical Institution “Alexandrovskaia Hospital” St. Petersburg, Russian Federation

³State Medical Institution” City Hospital # 9” St. Petersburg, Russian Federation

⁴Department of Department of Surgical Diseases and Endosurgery of State Educational Estab-
lishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с непреднамеренными повреждениями
внепеченочных желчных протоков посредством инновационных методов ранней диагностики и дифференци-
рованной хирургической тактики.

Материал и методы. Под наблюдением находились 67 больных в возрасте от 20 лет до 71 (средний возраст
42) года с непреднамеренными повреждениями внепеченочных желчных протоков, случившимися при выпол-
нении лапароскопической холецистэктомии.

Результаты. Наиболее эффективными методами топической диагностики повреждений внепеченочных
желчных протоков являются МРТ-холангиография, эндо-УЗИ, РХПГ, МСКТ. Из 67 больных во время операции
повреждение желчных протоков было обнаружено у 18 (26,8%) больных. У 49 (73,13%) больных травма протоков
была выявлена через 1 – 8 суток после операции. Чаще всего наблюдали повреждения с пересечением или
иссечением части гепатикохоледоха с клипированием проксимальной культи. Выполнение реконструктивных
оперативных вмешательств при наличии печеночной недостаточности, внутрибрюшных или внутрипротоковых
гнойно-воспалительных осложнениях сопряжено с риском развития несостоятельности и развитием ранней
стриктуры анастомоза в послеоперационном периоде. Поэтому разумным выходом из этой ситуации является
сформирование полного наружного желчного свища до купирования воспалительных явлений в брюшной
полости. Реконструктивные оперативные вмешательства выполняются через 4-5 недель.

Заключение. При боковом и полном поперечном клипировании протока без нарушения его непре-
рывности целесообразно выполнять одномоментное гибридное вмешательство, первым этапом которого
является релапароскопия и удаление клипсы с последующим эндоскопическим трансдуоденальным стени-
рованием протока металлическим саморасправляющимся стентом. При отсутствии гнойно-септических

осложнении, уровне сывороточного билирубина менее 100 мкмоль/л выполняется реконструктивная операция – гепатикоюноанастомоз с выключенной по Ру петлей, протяженностью не менее 80 см.

Ключевые слова: *непреднамеренные повреждения желчных протоков, диагностика, хирургическое лечение, результаты лечения*

Aim. Improving treatment outcomes in patients with unintentional extrahepatic bile duct injuries through innovative early diagnostic methods and differentiated surgical tactics.

Materials and methods. The study included 67 patients aged 20 to 71 years (mean age 42) with unintentional injuries to the extrahepatic bile ducts that occurred during laparoscopic cholecystectomy.

Results. The most effective methods of topical diagnosis of damage to the extrahepatic bile ducts are MRI cholangiography, endoussis, RHPG, MSCT. Of the 67 patients during surgery, damage to the bile ducts was detected in 18 (26,8%) patients, in 49 (73,13%) patients, duct injury was detected 1-8 days after surgery. Most often, injuries were observed, with the intersection or excision of a part of the hepaticocholedochus with clipping of the proximal stump. Performing reconstructive surgical interventions in the presence of liver failure, intraperitoneal or intracurrent purulent-inflammatory complications is associated with the risk of insolvency and the development of early anastomosis stricture in the postoperative period. Therefore, a reasonable way out of this situation is the formation of a complete external biliary fistula before the relief of inflammatory phenomena in the abdominal cavity. Reconstructive surgery is performed after 4-5 weeks.

Conclusions. With lateral and complete transverse clipping of the duct, without disturbing its continuity, it is advisable to perform a simultaneous hybrid intervention, the first stage of which is relaparoscopy and removal of the clip, followed by endoscopic transduodenal stenting of the duct with a metal self-expanding stent. In the absence of purulent-septic complications, the serum bilirubin level is less than 100 mmol/l, reconstructive surgery is performed – hepaticojunoanastomosis with a switched-off loop with a length of at least 80 cm.

Key words: *unintentional damage to the bile ducts, diagnosis, surgical treatment, treatment results*

Актуальность

Одним из наиболее драматичных осложнений лапароскопической холецистэктомии является непреднамеренное повреждение внепеченочных желчных протоков. Несмотря на внедрение эндовидеохирургических технологий в рутинную практику хирургических отделений, избавиться от интраоперационных повреждений желчных протоков до настоящего времени не удалось. Их частота остается стабильной, составляя 1 случай на 400-500 лапароскопических холецистэктомий [2, 4, 5].

Результаты лечения этих больных остаются неудовлетворительными. Причинами этого являются поздняя диагностика повреждений желчного протока, выполнение восстанавливающих пассаж желчи оперативных вмешательств хирургами, не имеющими опыта в билиарной хирургии, неадекватное хирургическое пособие и, как следствие, высокая частота развития несостоятельности и стриктуры анастомозов, осложненных механической желтухой, холангитом, внутрипеченочным холелитиазом [1, 3, 4]. Вследствие этого больные подвергаются неоднократным повторным оперативным вмешательствам, приводящим к инвалидизации. Летальность после реконструктивных хирургических вмешательств остается высокой, достигая 7-19% [3, 5,6]. До сих пор остаются дискуссионными вопросы о способах восстановления пассажа желчи и дренирования желчных протоков, в том числе при развитии стриктуры билиодигестивного анастомоза.

Также причинами случайного повреждения внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии являются «неосторожная» хирургия в области ворот печени, отсутствие объемного изображения операционного поля и возможности мануальной ревизии элементов гепатодуоденальной связки, сокращение показаний к интраоперационным инструментальным исследованиям желчных протоков, чаще всего из-за отсутствия навыков их выполнения у хирургов в условиях эндовидеохирургического доступа, выполнение оперативных вмешательств хирургами, не имеющими достаточного опыта в билиарной хирургии, а также неудовлетворительное технологическое обеспечение операционной бригады.

Благоприятный исход лечения пациентов с повреждениями желчных протоков зависит от срока диагностики данного осложнения, наличия местных и внутрипротоковых инфекционных осложнений, характера и уровня повреждения гепатикохоледоха.

Цель исследования

Разработка диагностического алгоритма для ранней диагностики механических и термических повреждений внепеченочных желчных протоков, полученными при лапароскопической холецистэктомии, посредством применения инновационных методов диагностики и дифференцированной хирургической тактики, основанной на сочетанном использовании малоинвазивных и традиционных технологий.

Материал и методы исследования

Использовали отчеты и информационные материалы. Проведен ретроспективный анализ за 2001-2016 гг. включительно. На клинических базах кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» на лечении находились 67 больных в возрасте от 20 лет до 71 (средний возраст 42) года с непреднамеренными повреждениями внепеченочных желчных протоков, случившимися при выполнении лапароскопической холецистэктомии. Женщин было 62 (92,5%), мужчин – 5 (7,5%) больных. Исходно 11 (16,4%) пациентов были оперированы вследствие развития острого холецистита, 56 (83,6%) – в плановом порядке, по поводу неосложненной желчнокаменной болезни.

Результаты и их обсуждение

Основными маркерами повреждения внепеченочных желчных протоков при ЛХЭ являются появление желчи в зоне операционного поля, подтекание желчи по дренажу в послеоперационном периоде и рост уровня сывороточного билирубина в ближайшем послеоперационном периоде. Подтекание желчи по дренажу в объеме 20-100 мл в первые дни после операции отмечается у 2-4% больных. Чаще всего причиной этого являются пересеченные мелкие желчные протоки, непосредственно впадающие в желчный пузырь в области ложа. В этой ситуации поступление желчи в последующие дни уменьшается и прекращается на 3-4 сутки. При нарастании объема поступающей по дренажу желчи или признаках ее поступления в брюшную полость необходимо предпринять инструментальные исследования для выявления источника желчеистечения. Наиболее эффективными методами топической диагностики повреждений внепеченочных желчных протоков являются МРТ-холангиография, эндоУЗИ, РХПГ, МСКТ.

Из 67 больных во время операции повреждение желчных протоков было обнаружено у 18 (26,8%) больных, через 24 часа – у 4 (6%), через 48 часов – у 6 (9%), через 72 часа – у 12 (17,9%), на 4 сутки – у 9 (13,4%), на 5 суток – у 11 (16,4%) и на 6 и более суток – у 7 (10,5%)

Появление желчи в операционном поле является достоверным признаком повреждения протока из-за случайного пересечения при мобилизации пузыря протока. При клипировании проксимальной культы перед пересечением протока желчеистечение отсутствует и такие повреждения редко диагностируются во время операции.

У 49 (73,13%) больных травма протоков была выявлена через 1 – 8 суток после опе-

рации. Желчеистечение, превышающее 100 мл в сутки, с последующим нарастанием его объема свидетельствует о повреждении желчного протока, когда проксимальная культя протока не клипирована или имеется дефект стенки протока либо несостоятельность клипсы на пузырном протоке.

При частичном клипировании стенки протока, без полной обструкции просвета, концентрация сывороточного билирубина повышается медленно; желтуха носит интермиттирующий характер, периодически на фоне лечения ее интенсивность снижается, но уровень билирубина не достигает нормальных параметров. Чаще всего такое повреждение отмечается в области слияния пузыря протока и магистрального протоков, когда вследствие излишней тракции за желчный пузырь проток изгибается и его наружная стенка захватывается клипсой, вследствие чего формируется стриктура протока. При полном клипировании протока уровень сывороточного билирубина в течение 3 – 4 дней достигает 150 – 200 мкмоль/л. Характер повреждения гепатикохоледоха представлен в таблице 1.

Из 62 больных с пересеченным желчным протоком протяженность проксимальной культы +2 составила – у 18 (29%), +1 – у 27 (43,5%), 0 – у 12 (19,3%) и -1 – у 5 (8,1%) больных (классификация Э.И. Гальперина).

У 18 (29%) больных повреждение желчного протока выявлено в ходе выполнения оперативного вмешательства после тщательной видеоревизии протоков после появления желчи в зоне операционного поля. После обнаружения источника желчеистечения выполнена конверсия доступа посредством верхней срединной лапаротомии. При ревизии выявлены повреждения в виде бокового дефекта гепатикохоледоха на 1/3 его диаметра у 2 (11,1%), пересечение гепатикохоледоха ножницами без коагуляции и клипирования – у 1 (5,5%), пересечение или иссечение части протока с клипированием дистальной культы – у 15 (83,4%) больных.

У 2 (2,9%) пациентов с боковым дефектом протока выполнена пластика стенки лоскутом из пузыря протока после его продольного рассечения по нижнему контуру. У пациента с поперечным повреждением протока ножницами непрерывность восстановлена путем наложения циркулярного шва с дренированием по Керу. Для этого холедохотомию выполняли ниже сформированного соустья протока и проксимальная часть Т-образного дренажа укладывалась выше сформированного соустья.

Таблица 1

| <i>Характер повреждения протоков (n = 67)</i> | |
|--|---------------------------|
| <i>Характер повреждения</i> | <i>Количество больных</i> |
| <i>Боковое неполное сдавление протока клипсой в области слияния пузырного протока и гепатикохоледоха</i> | 2 (3%) |
| <i>Полное поперечное наложение клипсы на гепатикохоледох без его пересечения</i> | 1 (1,4%) |
| <i>Боковой дефект холедоха (прокол стенки диссектором)</i> | 2 (3%) / 2(3%) |
| <i>Пересечение гепатикохоледоха ножницами без коагуляции и клипирования протока</i> | 1 (1,4%) / 1(1,4%) |
| <i>Пересечение или иссечение части гепатикохоледоха с клипированием проксимальной культы</i> | 15 (22,3%) |
| <i>Пересечение или иссечение части протока с клипированием дистальной культы</i> | 17 (25,3%) / 15(22,3%) |
| <i>Пересечение или иссечение части протока с клипированием проксимальной и дистальной культей</i> | 29 (43%) |
| <i>Всего</i> | 67 |

Примечание: за косой чертой (/) – количество повреждений, выявленных интраоперационно (18)

У 15 (22,4%) больных для восстановления пассажа желчи был сформирован гепатико-еюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки, протяженностью не менее 80 см, с дренированием правого печеночного протока по Фелькеру. Дренажи удаляли после 5-6 недель. Осложнений и летальных исходов в послеоперационном периоде не было.

Лечебная тактика при диагностике повреждения в послеоперационном периоде зависела от характера вновь возникшего осложнения. Наибольшие сложности возникают при «открытой» проксимальной культе гепатикохоледоха. При этом желчь проступает в брюшную полость и дренаж

не всегда отводит желчь наружу. Вследствие этого довольно быстро развиваются гнойно-септические осложнения в виде подпеченочного абсцесса или разлитого желчного перитонита. В обоих случаях выполнение реконструктивных оперативных вмешательств не представляется возможным из-за высокой угрозы развития тяжелых осложнений. Поэтому разумным выходом из этой ситуации является формирование полного наружного желчного свища до купирования воспалительных явлений в брюшной полости. Реконструктивные оперативные вмешательства выполняются через 4-5 недель. Характер реконструктивных вмешательств представлен в таблице 2.

Таблица 2

Оперативные вмешательства при диагностике повреждений внепеченочных желчных протоков в послеоперационном периоде (n = 49)

| <i>Объем операции</i> | <i>Количество больных</i> |
|--|---------------------------|
| <i>Релапароскопия, снятие клипсы с протока, РХПГ, стентирование желчного протока саморасправляющимся стентом</i> | 3 (6,1%) |
| <i>Лапаротомия, санация брюшной полости, формирование полного наружного желчного свища</i> | 2 (4%) |
| <i>Гепатико-еюноанастомоз с выключенной по Ру петлей и дренированием гепатикохоледоха по Фелькеру</i> | 40 (81,6%) |
| <i>Бигепатико-еюноанастомоз с выключенной по Ру петлей и отдельным дренированием обоих внутривенечных протоков типа Фелькеру</i> | 4 (8,2%) |

У 3 (6,1%) пациентов, у которых причиной непроходимости желчного протока явилась наложенная клипса, применены гибридные технологии восстановления пассажа желчи. Вмешательства осуществляли в условиях операционной. Сначала посредством эндовидеохирургического доступа удаляли ранее наложенную клипсу с протока. После этого выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию, ретроградную холангиографию и стентирование протока покрытым саморасправляющимся стентом.

Двум пациентам (4%) на 4 и 6 сутки выполнена лапаротомия в связи с развитием желчного перитонита. При интраоперационной ревизии выявлено полное поперечное повреждение гепатикохоледоха и поступление желчи в брюшную полость. После ее санации сформирован полный наружный желчный свищ. Один больной (2%) в послеоперационном периоде умер вследствие развития острой кишечной непроходимости, прогрессирования перитонита из-за перфораций подвздошной кишки. Второму пациенту через 5 недель выполнена реконструктивная операция – гепатикоэюноанастомоз с выключенной по Ру петлей тощей кишки.

44 (89,8%) больным, у которых было повреждение протока с обструкцией проксимальной культы и механической желтухой, выполнен гепатикоэюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки с дренированием протоков по Фелькеру.

Послеоперационные осложнения развились у 5 (10%) больных, в том числе тромбоз эмболия мелких ветвей легочной артерии – у 1 (2%), внутрибрюшные абсцессы – у 1 (2%), несостоятельность гепатикоэюноанастомоза в виде подтекания желчи по дренажу – у 3 (6%) пациентов.

Заключение

При боковом и полном поперечном клипировании протока, без нарушения его непрерывности, выполняется одномоментное гибридное вмешательство, первым этапом которого является релапароскопия и удаление клипсы с последующим эндоскопическим трансдуоденальным стентированием протока металлическим саморасправляющимся стентом.

При боковом повреждении протока менее 1/2 его диаметра методом выбора является пластика дефекта протока расщепленным лоскутом, выкроенным из пузырного протока или кармана Гартмана.

Желчный перитонит или воспалительный инфильтрат в области ворот печени являются абсолютными противопоказаниями к выполнению восстанавливающих пассаж желчи реконструктивных операций.

При пересечении или иссечении части внепеченочного желчного протока выполняется реконструктивная операция – гепатикоэюноанастомоз с выключенной по Ру петлей, протяженностью не менее 80 см.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Аванесян Р.Г., Королев М.П. и др. Дифференцированный подход при оказании помощи больным со «свежими» повреждениями желчных протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2023. Т. 28, № 4. С. 32-41.
2. Алиев Р.К., Ромащенко П.Н. и др. Непреднамеренные травмы желчевыводящих протоков. Пути профилактики и лечения. // *Вестник Российской ВМА*. 2021. Т.23, № 3. С. 55-60.
3. Артемьева Н.Н., Вишневецкий В.А., Коханенко Н.Ю. Повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков. СПб.: СпецЛит, 2018. 359 с.
4. Анжелис Н. Рекомендации WSES 2020 по выявлению и лечению повреждений желчных протоков во время холецистэктомии. // *Хирург*. 2021. Т. 16, №1. С. 30-35.
5. Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Тактика ведения больных желчеистечением после холецистэктомии // *Вопросы науки и образования*. 2020. Т.97, № 13. С. 126-130.
6. Лю Л., Лиу Л., Яо К. и др. Оптимизация хирургического лечения ятрогенного повреждения желчных

протоков: чреспеченочное чрескожное холангиальное дренирование в сочетании с желчным анастомозом «конец в конец». Обновления // *Surg*. 2023. Т. 75, № 7. С. 1911 - 1917.

7. Элзер Х. Анна, Бергквист Дж.Р. и др. Факторы, стоимость и последствия травмы общего желчного протока, требующей оперативного лечения, среди лиц, застрахованных в частном порядке, в США, 2003-2020 гг. // *Хирург*. 2023. Т. 4, № 1. С.е238.

REFERENCES

1. Avanesyan R.G., Korolev M.P. Differentirovanny podkhod pri okazanii pomoshchi bolnym so «svezhimy» povrezhdeniyami zhelchnykh protokov [A differentiated approach in providing care to patients with "fresh" damage to the bile ducts]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 2023, Vol. 28, No. 4, pp. 32-41.
2. Aliev R.K., Romashchenko P.N. Neprednamerennye travmy zhelchevyvodyashchikh protokov. Puti profilaktiki i lecheniya [Unintentional injuries of the bile ducts. Ways of prevention and treatment.]. *Vestnik Rossiyskoy VMA –*

Bulletin of the Russian Military Medical Academy, 2021, Vol. 23, No. 3, pp. 55-60.

3. Artemeva N.N., Vishnevskiy V.A., Kokhanenko N.Yu. *Povrezhdeniya i rubtsovye striktury zhelchnykh protokov* [Lesions and cicatricial strictures of the bile ducts]. Saint-Petersburg, SpetsLit Publ., 2018. 359 p.

4. Anzhelis N. Rekomendatsii WSES 2020 po vyvazheniyu i lecheniyu povrezhdeniy zhelchnykh protokov vo vremya kholestsistektomii [WSES 2020 recommendations for the detection and treatment of damage to the bile ducts during cholecystectomy]. *Khirurg – Surgeon*, 2021, Vol. 16, No. 1, pp. 30-35.

5. Davlatov S.S., Rakhmanov K.E. Taktika vedeniya bolnykh zhelcheistecheniem posle kholestsistektomii [Tactics of management of patients with bile discharge after cholecystectomy]. *Voprosy nauki i obrazovaniya – Issues of science and education*, 2020, Vol. 97, No. 13, pp. 126-130.

6. Lyu L., Liu L., Yao K. Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya yatrogenno povrezhdeniya zhelchnykh protokov: chrespechenochnoe chreskozhnoe kholangialnoe drenirovanie v sochetanii s zhelchnym anastomozom «konets v konets» [Optimization of surgical treatment of iatrogenic damage to the bile ducts: transhepatic percutaneous cholangial drainage in combination with end-to-end bile anastomosis]. *Obnovleniya Surg – Updates of Surgery*, 2023, Vol. 75, No. 7, pp. 1911 - 1917.

7. Elzer K.H., Bergkvist Dzh.R. Faktory, stoimost i posledstviya travmy obshchego zhelchnogo protoka, trebuyushchey operativnogo lecheniya, sredi lits, zastrakhovannykh v chastnom poryadke, v SSHA, 2003-2020 gg [Factors, cost and consequences of common bile duct injury requiring surgical treatment among privately insured

persons in the USA, 2003-2020]. *Khirurg – Surgeon*, 2023, Vol. 4, No. 1, pp. e238.

Сведения об авторах:

Заркуа Нонна Энриковна - профессор кафедры оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией имени С.А. Симбирцева ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.; тел.: +7 (921) 9515494; e-mail: tatazarkua@mail.ru

Кумыков Астемир Ахъедович – соискатель кафедры оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией имени С.А. Симбирцева ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел.: +7 (921) 9216506562; e-mail: astemir.kumukov@bk.ru

Трунин Евгений Михайлович – зав. кафедрой оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией им. С.А. Симбирцева ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава РФ, д.м.н., профессор; тел.: +7 (921) 9481239; e-mail: evgeniy.trunin@szgti.ru

Акимов Владимир Павлович – профессор кафедры оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией имени С.А. Симбирцева ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.; тел.: +7 (911) 9190182; e-mail: akimov.spbmap@mail.ru

Кривов Александр Петрович – зав. хирургическим отделением больницы 38 им Н.А. Семашко; тел.: +7 (911) 9869767; e-mail: alexander_krivoov_1386@mail.ru

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – зав. кафедрой хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н., профессор; тел.: (+992)

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616.155.294-092:612.017.1

¹Касимова З.Н., ²Зунунов Г.Б., ²Каюмова М.А.,
²Ахмедов С.А., ²Зунунова М.Г.

БЕРЕМЕННОСТЬ У ПАЦИЕНТОК С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПУРПУРОЙ

¹Кафедра акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Согдийский областная клиническая больница

¹Kosimova Z.N., ²Zununov G.B., ²Kaumova M.A.,
²Akhmedov S.A., ²Zununova M.G.

PATIENTS WITH PRIMARY IMMUNE TROMBOCYTOENA DURING THE PREGNANCY

¹Department of Obstetrics and Gynecology of the Khujand branch of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

²Sughd Regional clinical Hospital

Цель исследования. Анализ результатов наблюдения, течения беременности, исхода родов и акушерских осложнений у беременных с идиопатической тромбоцитарной пурпурой (ИТП).

Материал и методы. Проведен анализ историй 27 беременных с диагнозом ИТП за период 2015-2022 гг.

Результаты. Среди обследованных женщин преобладали беременные с геморрагическим синдромом (51,6%). Все госпитализированные находились под наблюдением врачей акушера-гинеколога и гематолога. Количество тромбоцитов менее 20 000 наблюдалось у 36,1% женщин. В 63,9% случаях количество тромбоцитов было более 30 000. Лекарственная подготовка к родоразрешению была проведена в 88,8% случаев. Терапия кортикостероидными гормонами (ГКС) оказалась эффективной у 59,3% женщин. У 92,5% женщин роды были самостоятельными, через естественные родовые пути. В 7,5% случаях проведено кесарево сечение по акушерским показаниям. Спленэктомия в 4-х случаях была выполнена лапароскопическим доступом, без осложнений. Кровотечение в раннем послеродовом периоде наблюдалось в 48,4% случаев.

Заключение. При условии пристального диспансерного наблюдения гематолога и акушера-гинеколога беременность не является противопоказанием для женщин с ИТП. Однако беременность может служить триггерным фактором развития как рецидива, так и впервые выявленной ИТП. Своевременная и адекватная терапия женщин с тромбоцитопенией обеспечивает вынашивание беременности и родоразрешение без осложнений.

Ключевые слова: тромбоцитопения, беременность, кортикостероиды, спленэктомия

Aim. Analysis of observation results, pregnancy course, birth outcome and obstetric complications in pregnant women with idiopathic thrombocytic purpura (ITP).

Material and methods. An analysis of the histories of 27 pregnant women diagnosed with ITP was conducted for the period 2015-2022.

Results. Among the examined women, pregnant women with hemorrhagic syndrome predominated (51,6%). All those hospitalized were under supervision of an obstetrician-gynecologist and hematologist. A platelet count of less than 20,000 was observed in 36,1% of women. In 63,9% of cases, the platelet count was more than 30,000. Drug preparation for delivery was carried out in 88,8% of cases. Therapy with corticosteroid hormones was effective in 59,3% of women. In 92,5% of women, childbirth was spontaneous, through the natural birth. In 7,5% of cases, a cesarean section was performed for obstetric indications. Splenectomy in 4 cases was performed laparoscopically without complications. Bleeding in the early postpartum period was observed in 48,4%.

Conclusion. . Provided that a hematologist and obstetrician-gynecologist closely monitor the disease, pregnancy is not a contraindication for women with ITP. However, pregnancy can serve as a trigger factor for the development

of both relapse and newly diagnosed ITP. Timely and adequate therapy for women with thrombocytopenia ensures pregnancy and delivery without complications.

Key words: *thrombocytopenia, pregnancy, corticosteroids, splenectomy*

Актуальность

Тромбоцитопения – снижение числа тромбоцитов в периферической крови до < 150 тыс./мл и другие отклонения при подсчете элементов у больных без клинических проявлений других заболеваний, способных вызвать тромбоцитопению. Тромбоцитопении могут быть наследственными (связанными с изменениями функциональных свойств тромбоцитов) и приобретенными (иммунными или в результате воздействия различных повреждающих факторов). Наиболее часто диагностируют идиопатическую тромбоцитарную пурпуру (ИТП), на долю которой приходится до 90% всех тромбоцитопений. Распространенность колеблется от 4,5 до 20 случаев на 100 тыс. населения. Триггерными факторами ИТП могут быть инфекции (чаще вирусные) - 59%, беременность - 19%, стресс - 15%, хирургические манипуляции - 4%, физическая нагрузка - 2%, прививки - 1% [2].

Тромбоцитопения может осложнять течение 5-10% беременностей, при этом около 75% впервые выявленных тромбоцитопений непосредственно связаны с беременностью. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) - аутоиммунное заболевание, обусловленное выработкой антител Ig G к собственным структурам тромбоцитов и их предшественников - мегакариоцитов, что вызывает не только повышенную деструкцию тромбоцитов, но и неадекватный тромбоцитопоэз [1]. При выявлении любой тромбоцитопении, особенно ниже $80,0 \times 10^9/\text{л}$ беременной требуется проведение обследования вследствие подозрения на ИТП. Беременность больным с ИТП не противопоказана, но должна протекать в состоянии клинической компенсации ИТП, достигнутой на предыдущих этапах терапии [1, 3, 4].

Для повышения количества тромбоцитов до минимально безопасного уровня 35% женщин во время беременности и /или перед родоразрешением нуждаются в специфической терапии. Основная цель терапии ИТП - достижение безопасного уровня тромбоцитов, а не коррекция числа тромбоцитов до нормальных показателей. Количество тромбоцитов $100,0 \times 10^9/\text{л}$ полностью обеспечивает гемостаз и позволяет проводить оперативное вмешательство и родоразрешение без риска развития кровотечений [2, 5].

Цель исследования

Анализ результатов наблюдения, течения беременности, исхода родов и акушерских осложнений у беременных с идиопатической тромбоцитарной пурпурой.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй 27 беременных с ИТП, наблюдавшихся в гематологическом отделении Согдийской областной клинической больницы за период с 2015 г. по 2022 г. Все беременные родоразрешены в Согдийском областном родильном доме. Средний возраст женщин составил $22,5 \pm 4,2$ лет.

За период наблюдения у двоих женщин беременность наступила 2 раза, у одной - 3 раза, то есть зарегистрирована 31 беременная, которые в последующем родили 31 ребёнка. Первобеременных было 29,6%, повторнбеременных - 70,4%. Все пациентки - жительницы села. Снижение количества тромбоцитов при геморрагическом синдроме варьировало от 4000 до 30 000. В зависимости от степени тяжести отмечалось преобладание беременных с геморрагическим синдромом: со средней степенью тяжести было 51,6% случаев, умеренной - 38,7%, тяжёлой - 9,7%. Все госпитализированные находились под наблюдением акушера-гинеколога и гематолога. В 93,5% случаев беременные женщины взяты на антенатальный учёт в сроке до 12 недель беременности.

Были произведены общеклинические и биохимические анализы крови, ультразвуковые исследования беременных. Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи стандартных компьютерных технологий и представлял собой оценку удельного веса каждого вида осложнений к общему количеству беременных.

В I и II триместрах беременности у женщин с впервые диагностированной ИТП и при рецидивах предпочтительными препаратами являлись ВВИГ (внутривенный иммуноглобулин) и ГКС (дексаметазон, преднизолон). ВВИГ вводился в однократной дозе 400 мг/кг массы тела, суммарная доза определялась эффектом, количество процедур варьировало от 2 до 5. Лечение ГКС в дозе 0,5 мг/кг или 10-30 мг преднизолона в сутки внутрь направлено на купирование геморрагического синдрома и минимальное повышение тромбоцитов до безопасной кон-

центрации $30,0 \times 10^9 / \text{л}$ и выше. Преднизолон часто является препаратом первой линии для лечения ИТП. Во II триместре беременности в качестве экстренной помощи при неэффективности ВВИГ и ГКС возможно проведение лапароскопической спленэктомии.

Результаты и их обсуждение

Все беременные разделены на 3 группы: 1 группа (n=15) - беременные с установленным диагнозом ИТП; 2-я группа (n=8) - с впервые выявленной ИТП; 3-я группа (n=4) - беременные с ИТП после спленэктомии. Частота геморрагического синдрома в первых 2-х группах не отличалась (22,5%), в третьей группе она была значительно меньше - 7,3%.

У 67,7% беременных при наличии геморрагического синдрома проводилось специфическое лечение ИТП. Терапия кортикостероидными гормонами (ГКС) оказалась эффективной у 59,3% женщин: в 1-й группе у 66,6%, во 2-й группе у 33,3% больных, в 3-й группе у 3,7%.

Роды у женщин с ИТП требуют особого внимания и междисциплинированного подхода. Все пациентки заблаговременно были госпитализированы в Согдийский областной родильный дом в сроке 36-37 недель беременности для решения вопроса о тактике введения родов. План родоразрешения должен учитывать уровень тромбоцитов, тяжесть заболевания и эффективность проводимого лечения. Перед родоразрешением количество тромбоцитов менее 20 000 наблюдалось у 36,1% женщин. В остальных 63,9% случаях тромбоцитов было более 30 000. Лекарственная подготовка к родоразрешению была проведена в 88,8% случаев.

У 92,5% женщин роды были самостоятельными, через естественные родовые пути. В 7,5% случаях выполнено кесарево сечение по акушерским показаниям.

В третьей группе трём беременным в сроке беременности 16-17 нед. выполнена спленэктомия, т.к. именно спленэктомия обеспечивает самый длительный безрецидивный период [1, 5].

Одной пациентке спленэктомия выполнена после операции кесарево сечения в сроке 36 недель беременности.

С целью передоперационной подготовки у больных с количеством тромбоцитов менее 20 тыс./мкл была проведена терапия глюкокортикостероидами. Спленэктомия во всех случаях была выполнена лапароскопическим доступом в хирургическом отделении Согдийской областной клинической больницы. Средняя продолжительность

оперативного вмешательства составила $75 \pm 8,8$ мин. Кровопотеря при спленэктомии была минимальной (менее 150 мл). Оперативные вмешательства прошли без осложнений. Нормализация количества тромбоцитов достигнута во всех случаях, что позволило вести беременность без применения дополнительных методов терапии.

Физиологическая кровопотеря (до 500 мл) в родах наблюдалась у 51,6% пациенток. Кровотечение в послеродовом периоде развилось в 48,4% случаях: умеренное (до 1 л) у 32,3%, патологическое (массивное свыше 1 л) у 16,1% женщин. Всем роженицам оказана неотложная акушерская помощь в соответствии с национальным протоколом: «Кровотечение во время беременности, родов и послеродовом периоде: профилактика, диагностика, акушерская тактика», при этом использовались утеротонические препараты (окситоцин, мизопристол), антифибринолитики и заместительная инфузионная терапия. Трансфузионная бригада обеспечила восполнение кровопотери всем женщинам с массивными кровопотерями (16,1% случаев) гемотрансфузией эритроцитарной и тромбоцитарной масса. Готовность к переливанию компонентов крови являлось одним из звеньев готовности родовспомогательного учреждения при родоразрешения данной группы пациенток. Послеродовый период протекал без осложнений. Родильницы повторно были осмотрены гематологом для дальнейшего продолжения симптоматической терапии. Все родильницы выписаны домой в удовлетворительном состоянии с детьми.

Заключение

Проведенный анализ показал, что беременность не является противопоказанием для женщин с ИТП при условии качественного диспансерного наблюдения гематолога и акушера-гинеколога. Однако беременность может служить триггерным фактором развития как рецидива, так и впервые выявленной ИТП. Прерывание беременности у пациенток с ИТП выполняется только по акушерским показаниям. Своевременная диагностика и адекватная терапия обеспечивают вынашивание беременности и родоразрешение без осложнений. Тактика ведения беременных женщин с ИТП в анамнезе и впервые диагностированной ИТП одинакова.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессмельцев С.С. Первичная иммунная тромбоцитопеническая пурпура: подходы к терапии согласно новым клиническим рекомендациям американской гематологической ассоциации и международного консенсусного доклада // Вестник гематологии. 2020. Т. XVI, № 2. С. 4-10.

2. Меликян А.Л., Пустовая Е.И., Цветаева Н.В. и др. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (первичной иммунной тромбоцитопении у взрослых). М.: Стандартинформ, 2017. 24 с.

3. Спиреденко Г.Ю., Петров Ю.А. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: течение беременности родов// Гематология и трансфузиология. 2021. №1. С. 26-30.

4. Тютюнник В.П., Кан Н.Е., Чупрынин В.Д., Михайлов О.И., Виноградова М.А. Опыт ведения беременных с рефректором тромбоцитопенией // Акушерство и гинекология. 2017. № 2. С. 49-54.

5. Ходжаева З.К., Рузметова Ш.Д., Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура у беременных женщин, современные стандарты ведения беременности и родов // Современные медицинские исследования. 2018. № 1. С. 14-18.

REFERENCES

1. Bessmeltsev S.S. Pervichnaya immunnaya trombositopicheskaya purpura: podkhody k terapii soglasno novym klinicheskim rekomendatsiyam amerikanskoj gematologicheskoy assotsiatsii i mezhdunarodnogo konsensusnogo doklada [Primary idiopathic thrombocytopenic purpura: approaches to therapy according to new clinical recommendations of hematological association and international consensus report]. *Vestnik gematologii – Bulletin of Hematology*, 2020, Vol. 16, No. 2, pp. 4-10.

2. Melikyan A.L., Pustovaya E.I., Tsvetaeva N.V. *Natsionalnye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu idiopaticeskoy trombositopenicheskoy purpury (pervichnoy immunnoy trombositopenii u vzroslykh)* [Nacional clinical

recommendacion for diagnosis and therapy of idiopathic thrombocytopenic purpura (primary immune thrombocytopenia) in adults]. Moscow, Standartinform Publ., 2017. 24 p.

3. Spiredenko G.Yu., Petrov Yu.A. Idiopaticeskaya trombositopenicheskaya purpura: techenie beremennosti rodov [Idiopathic thrombocytopenic purpura. Pregnant women with idiopathic thrombocytopenic purpura]. *Gematologiya i transfuziologiya – Hematology and Transfusiology*, 2021, No. 1, pp. 26-30.

4. Tyutyunnik V.P., Kan N.E., Chuprynin V.D. Opyt vedeniya beremennykh s refrektoroy trombositopeniey [Experiens in mananging pregnant women with refractory thrombocytopenia]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2017, No. 2, pp. 49-54.

5. Khodzhaeva Z.K., Ruzmetova Sh.D., Idiopaticeskaya trombositopenicheskaya purpura u beremennykh zhenshchin, sovremennye standarty vedeniya beremennosti i rodov [Pregnant women wiyh idiopathic thrombocytopenic purpura, modern standards of pregnancy and labour standards]. *Sovremennye meditsinskie issledovaniya – Modern medical research*, 2018, No. 1, pp. 14-18.

Сведения об авторах:

Касымова Замира Назаровна – зав. курсом акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел.: (+992) 927700703; e-mail: Kasimova-z2015@mail.ru

Зунунов Гафур Болтубаевич – зав. гематологическим отделением Согдийской областной клинической больницы; тел.: (+992) 927389307

Каюмова Мавлюда Абдувалиевна – врач-гематолог Согдийской областной клинической больницы; тел.: (+992) 928485963

Ахмедов Саиджон Анварджонович – врач-гематолог Согдийской областной клинической больницы; тел.: (+992) 920040090

Зунунова Мунзифа Гафуровна – врач-гематолог Согдийской областной клинической больницы; тел.: (+992) 927927705

¹Касимова С.Д., ^{2,3}Саъдуллозода Т.С.,
⁴Нарзуллаева А.Р.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра эндокринологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии» МЗиСЗН РТ

³ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

⁴Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

¹Kasymova S.D.,
^{2,3}Sadullozoda T.S., ⁴Narzullaeva A.R.

DYNAMICS OF PREVALENCE OF DIABETES IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹Department of Endocrinology, of State Educational Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

²State Institution “Republican Clinical Center of Endocrinology” of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

³State Institution “Republican Clinical Center of Cardiology” of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

⁴Department of Cardiology with a Course in Clinical Pharmacology, of State Educational Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Оценка динамики распространённости сахарного диабета (СД) и факторов его риска в Республике Таджикистан.

Материал и методы. В свободной когортной выборке проведено скрининговое исследование у лиц старше 40 лет в разных регионах Республики Таджикистан. Результаты исследования сравнивались со скрининговым исследованием, проведенном в 2012 году.

Результаты. В 2023 г. уровень гликемии свыше 6,1 ммоль/л наблюдался у 16,2% обследованных лиц старше 40 лет в г. Душанбе. Повышенный уровень гликемии натощак чаще наблюдался у 17,3% мужчин и у 16,0% женщин. В 2012 году также установлен высокий уровень нарушений углеводного обмена среди населения в возрасте 45 лет и старше у жителей 2-х районов Хатлонской области. 21,2% (каждый 5 из обследованных) имел явный СД, а нарушенную толерантность к глюкозе (предиабет) имели 9,4% обследованных. В 2022 году в Республике Таджикистан было зарегистрировано 54711 пациентов с СД, что составило 0,58% от населения РТ.

Заключение. Проведенный анализ показал, что для выявления истинной распространённости СД в республике необходимы программные скрининговые исследования. Создание регистра больных СД позволит систематизировать не только официальную статистику, но и позволит диагностировать наличие осложнений СД, эффективность лечения, что улучшит качество оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом.

Ключевые слова: сахарный диабет, распространённость, факторы риска, Таджикистан

Aim. Assessment of the dynamics of the prevalence of diabetes mellitus (DM) and its risk factors in the Republic of Tajikistan.

Material and methods. A screening study was conducted in a free cohort sample of individuals over 40 years of age in different regions of the Republic of Tajikistan. The results of the study were compared with a screening study conducted in 2012.

Results. In 2023, the blood glucose level above 6,1 mmol/l was observed in 16,2% of examined individuals over 40 years old in Dushanbe. Elevated fasting blood glucose levels were more often observed in 17,3% of men and 16,0% of women. In 2012, a high level of carbohydrate metabolism disorders was also established among the population aged 45 years and older in residents of 2 districts of the Khatlon region. 21,2% (every 5 of those examined) had overt diabetes, and 9,4% of those examined had impaired glucose tolerance (prediabetes). In 2022, 54,711 patients with diabetes were registered in the Republic of Tajikistan, which amounted to 0,58% of the population of the Republic of Tajikistan.

Conclusion. . The analysis showed that program screening studies are needed to identify the true prevalence of diabetes in the republic. The creation of a register of patients with diabetes will allow systematizing not only official statistics, but will also allow diagnosing the presence of complications of diabetes, the effectiveness of treatment, which will improve the quality of medical care for patients with diabetes.

Key words: *diabetes mellitus, prevalence, risk factors, Tajikistan*

Актуальность

Сахарный диабет (СД) относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний. Число больных с СД с каждым годом катастрофически возрастает, ложась тяжелым бременем на социально-экономическое развитие стран.

В 2021 году в мире было зарегистрировано 537 млн случаев СД 2-типа. Экспертами ВОЗ в 2005 году предполагалось, что к 2030 году будет 415 млн пациентов с СД. Но прогноз не оправдался, так как число пациентов с СД превысило полмиллиона (увеличилось на 29,5%) почти за 10-лет до наступления 2030 года!

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), неинфекционные заболевания (НИЗ), в основное число которых входит СД, являются ведущей причиной смертности и инвалидизации населения. Благодаря активной позиции мировой общественности перед правительствами всех стран поставлена задача – кардинально изменить подходы к профилактике и лечению СД.

В Декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике и борьбе с НИЗ (Нью-Йорк, 2011) проблеме СД уделено внимание, как одной из приоритетных в системе здравоохранения стран [1].

Поддерживая эту важную инициативу, Правительство Республики Таджикистан приняло «Программу борьбы с сахарным диабетом в Республике Таджикистан на 2006-2010 годы» [2] и «Программу профилактики, диагностики и лечения сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2012-2017 годы» [3].

За годы реализации вышеуказанных программ улучшилось материально-техническое оснащение эндокринологических центров республики, организованы отделения эндокринной хирургии, улучшилось обеспечение инсулином пациентов с СД, созданы «Школы

диабета», в которых проводится разъяснительная работа среди больных СД.

Наряду с достижениями в процессе реализации вышеуказанных программ одна из задач, которую не удалось осуществить в связи с недостаточным отраслевым финансированием эндокринологической службы республики, – это создание регистра больных СД.

Следует отметить, что СД 2 типа может протекать длительное время без явных симптомов и это нередко является причиной позднего обращения пациентов в медицинские учреждения с уже запущенными стадиями сосудистых осложнений диабета. В связи выше изложенным нами поставлена задача провести скрининговое исследование по выявлению СД на ранних стадиях с учётом некоторых факторов риска.

Цель исследования

Оценка факторов риска СД и его распространенности в динамике.

Материал и методы исследования

Сотрудниками Республиканского клинического центра эндокринологии в 2023 году проведено в свободной когортной выборке скрининговое исследование у жителей г. Душанбе в возрасте старше 40 лет. С этой целью было проведено анкетирование 733 человек. Всем респондентам была предложена анкета Findrisk, разработанная в Финляндии, с помощью которой с вероятностью до 95% можно определить риск развития СД. Всем обследуемым проводилось исследование антропометрических показателей (рост, масса тела, индекс массы тела), а также определялся уровень глюкозы натощак с помощью глюкометра АККУ-ЧЕК Перформ (референсный интервал: 3,89-5,5 ммоль/л).

Статистический анализ проведён с использованием программы Microsoft Excel 2017, статистического пакета Statistica Stat Soft 9.0. С целью сравнения непрерывных переменных с нормальным распределением использовался t-критерий Стьюдента для

независимых выборок, для переменных, не имеющих нормальное распределение, - U-критерий Манна-Уитни. Данные описательной статистики представлены в виде абсолютных значений и процента к общему числу больных. Считались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Сотрудниками РКЦЭ за период с февраля по ноябрь 2023 года проведено в свободной когортной выборке скрининговое исследование

у лиц старше 40 лет в г. Душанбе. Обследовано 733 жителя, из них 604 (82,4%) женщины и 129 (17,6%) мужчин. Средний возраст обследованных составил $53,4 \pm 12$ лет.

Всем респондентам была предложена анкета Findrisk, разработанная финскими учеными, с помощью которой с вероятностью до 95% можно определить риск развития СД.

Результаты анкетирования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты анкетирования

| Вопрос | Положительно ответившие среди всех обследованных | | Положительно ответившие среди мужчин | | Положительно ответившие среди женщин | |
|--|--|------|--------------------------------------|------|--------------------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Употребляете ли Вы ежедневно фрукты и овощи? | 436 | 59,5 | 94 | 72,9 | 342 | 56,6 |
| Занимаетесь ли Вы физическими упражнениями регулярно? Например, делаете ли Вы физические упражнения по 30 минут каждый день или 3 часа в течение недели? | 206 | 28,1 | 67 | 51,9 | 139 | 23 |
| Принимали ли Вы когда-либо регулярно лекарства для снижения АД | 302 | 41,2 | 61 | 47,3 | 241 | 39,9 |
| Обнаруживали ли у Вас когда-либо уровень глюкозы крови выше нормы (во время диспансеризации, проф. осмотра, во время болезни или во время беременности)? | 143 | 13,5 | 26 | 20,1 | 117 | 19,4 |
| Был ли у Ваших дальних родственников СД 1 или СД 2 типа? | 90 | 12,3 | 15 | 11,6 | 75 | 12,4 |
| Был ли у Ваших близких родственников СД1 или СД2 типа? Да: дедушка/бабушка/тётя/дядя/двоюродные братья/сестры | 45 | 6,1 | 13 | 10 | 32 | 5,3 |
| Был ли у Ваших близких родственников СД 1 или СД2 типа? Да: родители/брат/сестра/или собственный ребёнок | 118 | 16,1 | 32 | 24,8 | 86 | 14,2 |

Проведенный анализ анкетирования выявил преимущественно у женщин более высокую частоту наличия метаболических

факторов, таких как артериальная гипертензия (41, 2%) и наличие родственников различной степени родства с сахарным

диабетом (19, 5%). В группе мужчин и женщин совместно генетический фактор риска составил 34,5%. Необходимо отметить высокий процент случайно выявленной гипергликемии как среди мужчин - 20,1%, так и среди женщин - 19,4%, что согласуется с проведёнными ранее в 2012 году исследованием.

Результаты антропометрии доказывает, что избыточная масса тела наблюдалась

как среди мужчин, так и женщин. ИМТ в общем среди всех обследуемых составил $29,8 \pm 6,3$ кг/м²: среди мужчин и женщин - $29,1 \pm 0,2$ кг/м² и $30,3 \pm 0,2$ кг/м² соответственно. Ожирение различной степени, как предиктор развития СД, выявлено у 50,5% обследуемых. Высокий показатель распространенности ожирения отмечается как среди женщин (52,9%), так и среди мужчин (44,1%) (табл. 2).

Таблица 2

Показатель распространенности ожирения

| ИМТ кг/м ² | Дефицит массы тела | Норм. масса тела | Избыт. масса тела | 1 ст. ожирения | 2 ст. ожирения | 3 ст. ожирения |
|------------------------|--------------------|------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|
| | <18,5 | 18,5-24,9 | 25-29,9 | 30-34,9 | 35-39,9 | >40 |
| Кол-во респонд. | 8 (1,1%) | 115 (15,7%) | 239 (32,6%) | 241 (32,9%) | 97 (13,2%) | 32 (4,4%) |
| Муж. 129 | 1 | 27 | 44 | 41 | 11 | 5 |
| 29,02±0,2 | 18,2 | 22,5±0,13 | 27,1±0,2 | 32,15±0,41 | 37,05±0,78 | 42,7±0,09 |
| Жен. 604 | 7 | 88 | 189 | 199 | 86 | 35 |
| 30,3±0,2 | 16,9±0,4 | 22,4±0,1 | 27,4±0,1 | 31,9±0,1 | 36,6±0,1 | 42,2±0,4 |

Уровень глюкозы крови натощак был определен у 713 человек, среди которых средний уровень составил $5,95 \pm 0,14$ ммоль/л, максимальный - 24,7 ммоль/л, минимальный - 3,8 ммоль/л. Нормальный уровень глюкозы

крови <5,5 ммоль/л обнаружен у 474 (66,5%) человек, нарушенная гликемия натощак (предиабет) - 5,6-6,0 ммоль/л – у 123 (17,3%) обследованных, СД при гликемии 6,1 и выше – у 116 (16,2%) респондентов (табл. 3).

Таблица 3

Уровень глюкозы крови натощак среди респондентов

| Уровень глюкозы крови | 3,3-5,5 ммоль/л | 5,6-6,0 ммоль/л | Выше 6,1 ммоль/л |
|-----------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Всего (713) | 474 (66,5%) | 123 (17,2%) | 116 (16,2%) |
| Женщин (592) | 396 (66,9%) | 101 (17,0%) | 95 (16,0%) |
| Мужчин (121) | 78 (64,4%) | 22 (18,1%) | 21 (17,3%) |

Необходимо отметить, что в процессе исследования было выявлено повышение глюкозы крови – сахарный диабет - у 16,2%. Следует подчеркнуть, что у 17,3% респондентов не отмечалось гипергликемии, однако имелось нарушение тощачковой гликемии (предиабет), что уже свидетельствует о нарушении углеводного обмена.

При технической поддержке «Проекта Сино» в 2012 году сотрудниками проекта и «Республиканского клинического центра эндокринологии» было проведено рандомизированное кластерное исследование в 2 районах Хатлонской области – Восе и Хамадони по выявлению сахарного диабета и факторов

риска среди населения в возрасте старше 45 лет. Анализ глюкозы натощак был проведен у всех обследуемых после 8-часового воздержания от пищи. Пероральный тест на толерантность к глюкозе (ПТТГ) проводился тем, у кого наблюдалось повышение глюкозы натощак (6,1 – 6,2 ммоль/л). Обследовано 419 жителей района Восе, 253 жителя района Хамадони [4]. Результаты представлены в таблице 4.

В результате проведенного исследования констатирован высокий уровень нарушений углеводного обмена среди населения в возрасте 45 лет и старше. Было установлено, что 21,2% (каждый 5 из обследованных)

имели явный сахарный диабет, а нарушенную толерантность к глюкозе (предиабет) имели 9,4% обследованных. Беспокойство вызывало тот факт, что только 52% обследо-

уемых знали о том, что они страдают СД, и только небольшая часть обследованных регулярно наблюдалась в медицинских учреждениях.

Таблица 4

Нарушение глюкозного метаболизма

| <i>Статус</i> | <i>Восе</i> | <i>Хамадони</i> | <i>P-величина</i> | <i>Всего</i> |
|---|-------------|-----------------|-------------------|--------------|
| <i>Нарушенная гликемия натощак (%)</i> | 2,2 | 7,7 | 0,002 | 4,3 |
| <i>Нарушенная толерантность к глюкозе (%)</i> | 3,0 | 6,6 | 0,003 | 5,1 |
| <i>Диабет (%)</i> | 19,9 | 23,4 | 0,311 | 21,2 |
| <i>Любое нарушение (%)</i> | 25,1 | 39,6 | <0,001 | 30,7 |

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показывает, что статистика по СД, составленная по обращаемости пациентов в медицинские учреждения, не отражает в полной мере истинную распространенность СД в республике. Среди лиц в возрасте старше 40 лет у 16,2% респондентов был обнаружен СД, у 17,3% отмечена нарушенная гликемия натощак, что соответствует наличию предиабета. Факторами риска СД являются возраст, наличие сопутствующей гипертонии, избыточная масса тела и ожирение, а также генетический фактор. Проведенные исследования в 2012 и в 2023 годах выявили высокий процент распространения,

как явного СД, так и скрытые нарушения углеводного обмена.

Выявление диабета на ранних стадиях позволит провести своевременное лечение, предупредить развитие поздних осложнений СД, приводящих к инвалидизации и преждевременной смертности пациентов. Создание регистра СД позволит получать не только достоверную статистическую информацию, но и следить за прогрессированием осложнений СД, эффективно проводить адекватную терапию, привлечь дополнительные инвестиции в систему здравоохранения с целью улучшить качество жизни больных СД.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 4 СМ. В REFERENCES)

1. Глобальный доклад по диабету. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева: ВОЗ, 2018. 88с.
2. Программа борьбы с сахарным диабетом в РТ на 2006-2010 гг. Постановление Правительства РТ от 03.04.2006 г. № 123.
3. Программа профилактики, диагностики и лечения СД в РТ на 2012-2017 гг. Постановление Правительства РТ от 03.04.2012 г. №130.

3. *Programma profilaktiki, diagnostiki i lecheniya SD v RT na 2012-2017 gg. Postanovlenie Pravitelstva RT ot 03.04.2012 g. №130.* [The program of prevention, diagnosis and treatment of diabetes in the Republic of Tatarstan for 2012-2017. Resolution of the Government of the Republic of Tatarstan dated 04/03/2012 No. 130]. Dushanbe, 2012.
4. Matthys B., Steinmann P., Karimova G. *Prevalence of impaired glucose metabolism and potential predictors: a rapid appraisal among >45 years old residents of southern Tajikistan.* Dushanbe, 2014. pp. 1-7.

REFERENCES

1. *Vsemirnaya Organizatsiya Zdravookhraneniya. Globalnyy doklad po diabētu* [Global Diabetes Report]. Zheneva, VOZ Publ., 2018. 88 p.
2. *Programma borby s sakharnym diabetom v RT na 2006-2010 gg. Postanovlenie Pravitelstva RT ot 03.04.2006 g. № 123.* [The program for combating diabetes mellitus in the Republic of Tatarstan for 2006-2010. Resolution of the Government of the Republic of Tatarstan dated 04/03/2006 No. 123]. Dushanbe, 2006.

Сведения об авторах:

Касымова Саломат Джамаловна – зав. кафедрой эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор; тел.: (+992) 907744657

Саъдуллозода Тохир Саъдулло – директор Республиканского эндокринологического центра; тел.: (+992) 900775757

Нарзуллаева Адолат Рахматуллаевна – зав. кафедрой кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел.: (+992) 918615842

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616.352-008.224

¹Кахарова Р.А., ²Иброхимов Ю.Х.,
^{1,2}Сироджев Д.Н., ^{1,2}Рабиев А.Х.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

¹Кафедра колопроктологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Хозрасчетный центр колопроктологии», УЗ г. Душанбе

¹Kakharova R.A., ²Ibrohimov Yu.H.,
^{1,2}Sirojev D.N., ^{1,2}Rabiev A.H.

EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF RECTOVAGINAL FISTULAS

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

²State Institution "Self-supporting center of proctology", City Health Department, Dushanbe

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения ректовагинальных свищей с учетом их расположения, размера, состояния запирающего аппарата прямой кишки.

Материал и методы. Анализированы результаты оперативного лечения 49 женщин с ректовагинальными свищами, средний возраст $29 \pm 7,2$ лет. 89,3% пациенток оперированы в сроках 6-12 месяцев с момента формирования свища, что является наиболее оптимальным сроком для хирургического лечения. Все больные до операции были осмотрены гинекологом, произведены кольпоскопическое исследование шейки матки и колоноскопия.

Результаты. Наилучшие клинические и функциональные результаты достигаются при низких послеродовых свищах, когда прямая кишка здорова, а больная молода. Такой категории больных предпочтительнее производить ликвидацию ректовагинального свища с применением влагалищного лоскута. При осложненных ректовагинальных свищах, после повторных неудачных операций рекомендовано выполнить несколько операций, начиная с наложения двухствольной сигмостомы. При свищах диаметром менее 1 см рекомендован инвагинационный метод хирургического лечения.

Заключение. Индивидуальный подход и выбор метода оперативного лечения для каждой пациентки уменьшает частоту рецидива заболевания.

Ключевые слова: ректовагинальный свищ, хирургическое лечение, осложнения, анальная инконтиненция

Aim. Improving the results of surgical treatment of rectovaginal fistulas, taking into account their location, size, and condition of the rectal obturator apparatus.

Material and methods. The results of surgical treatment of 49 women with rectovaginal fistulas were analyzed. The average age of patients is 29 ± 7.2 years. 89.3% of patients were operated on within 6-12 months from the moment of fistula formation, which is the most optimal period for surgical treatment. All patients were examined by a gynecologist before surgery and a colposcopic examination of the cervix and colonoscopy were performed.

Results. The best clinical and functional results are achieved with low postpartum fistulas, when the rectum is healthy and the patient is young. For this category of patients, it is preferable to eliminate the rectovaginal fistula using a vaginal flap. In complicated rectovaginal fistulas, after repeated unsuccessful operations, it is recommended to perform several operations, starting with the imposition of a double-barrel sigmoid colostomy. For fistulas less than 1 cm in diameter, the intussusception method of surgical treatment is recommended.

Conclusion. An individual approach and choice of surgical treatment method for each patient reduces the frequency of disease recurrence.

Key words: rectovaginal fistula, surgical treatment, complications, anal incontinence

Актуальность

Тяжесть страдания женщин с ректовагинальным свищом достойна того, чтобы этому вопросу уделялось больше внимания. Большинство подобных больных являются молодыми и вполне трудоспособными женщинами [1, 3]. Однако многие из них вынуждены отказаться от трудовой деятельности и общения с другими людьми. Причиной тому – выделение содержимого толстой кишки из влагалища. Только радикальное оперативное лечение может вернуть их к обычной жизни в обществе и семье. Многообразные причины формирования свищей порождают множество топографо-анатомических ситуаций при различных видах соустьев. При этом любая операция одновременно проводится на двух полых органах, относящихся к различным системам организма. Большинство вмешательств, являясь по существу пластическими, не могут быть выполнены в строго асептических условиях. Все это создает значительные технические и тактические трудности [1].

Учитывая, что основными этиологическими факторами образования кишечно-влагалищных соустьев служат травмы и воспалительные заболевания ректовагинальной перегородки и органов малого таза [4, 7], следует иметь в виду, что число родов в нашей стране растет, постоянно возрастает количество хирургических и гинекологических операций на промежности, несомненно растет частота парапроктита и воспалительных заболеваний кишечника, онкологических поражений органов малого таза, не снижается бытовой травматизм. Ознакомление с литературой показывает, что существует около 30 методов операций по поводу ректовагинальных свищей [4, 6]. Однако, несмотря на широкое применение современных методов диагностики, различных модификаций оперативного лечения и способов пластики ректовагинального свища, отдаленные результаты остаются неудовлетворительными. Практически в каждой публикации клинический материал включает в себя пациенток с рецидивными свищами, а в наиболее значительных статистиках их процент составляет от 15% до 40% [2, 5]. Так, по данным некоторых авторов [6, 7], больные, страдающие аноректальными фистулами, были оперированы от 1 до 14 раз. Иногда сложный рецидивный ректовагинальный свищ может потребовать чрезбрюшинного подхода и наложения колостомы, при этом для исцеления больной требуется несколько повторных операций. Напротив, простой

ректовагинальный свищ обычно может быть закрыт трансанальным, трансвагинальным или промежностным доступами.

Указанные обстоятельства и побудили нас подвергнуть анализу наши собственные клинические наблюдения оперативного лечения ректовагинальных свищей.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения ректовагинальных свищей с учётом их расположения, размера, состояния запирающего аппарата прямой кишки.

Материал и методы исследования

Исследование произведено на базе ГУ «Хозрасчетный центр колопроктологии» г. Душанбе в период 2013 по 2023 гг. Методология исследования включала оценку эффективности хирургического лечения 49 пациенток с ректовагинальными свищами. Средний возраст пациенток $29 \pm 7,2$ лет. 89,3% пациенток оперированы в сроках от 6 до 12 месяцев с момента формирования свища, что является наиболее оптимальным сроком для хирургического лечения. Анамнестические данные и ознакомление с медицинской документацией показало, что формированию ректовагинального свища способствовали следующие факторы: травмы во время родов (послеродовые) – у 21 пациента, в 12 случаях причиной образования свищей были различные операции на влагалище и прямой кишке (послеоперационные), у 11 пациенток свищ сформировался после гнойно-воспалительных заболеваний на промежности, прорыва гнойника и в 5 случаях ректовагинальный свищ возник после операции по поводу врожденной эктопии ануса.

Оперативному лечению подвергались 26 (53,1%) пациенток I степени, к которым отнесены низкие и средние фистулы любой этиологии и размеров, не осложненные воспалительным процессом или повреждением сфинктера. Основными признаками свищей II степени сложности является сопутствующая недостаточность анального сфинктера II – III степеней на фоне отсутствия гнойного процесса, что позволило ставить вопрос об одномоментной коррекции пораженного мышечного аппарата (рац. удост. № 3629/R360 от 22.01.2019 г., выд. ТГМУ им. Абуали ибн Сино).

Таких больных было 14 (28,6%). С III степенью сложности было 9 пациентов, что составило 18,3%. Кардинальной особенностью свищей этой категории являются инфильтративные или гнойные процессы по ходу свища или в тканях промежности, а также соустья с задней локализацией внутреннего отверстия,

что вызвало необходимость выполнить атипичные вмешательства (n=4) или расчленив хирургическое вмешательство на несколько этапов (n=5).

Дооперационный диагностический алгоритм включал клинично-лабораторные методы, бактериологические исследования, осмотр гинеколога, кольпоскопию, колоноскопию и обследование смежными специалистами. Для определения достоверности различий множественных сравнений использовали критерий Ньюмена-Кейлса. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Под нашим наблюдением находилось 49 больных, которым выполнена ликвидация ректовагинального свища. Объем вмешательств в каждом конкретном случае выбирается на основании комплексной оценки всех факторов – этиологии заболевания, локализации свищевых отверстий в кишке и влагалище, отношения хода свища к анальному сфинктеру, степени рубцового процесса, функционального состояния (рис. 1).



Рис. 1. Зондирование ректовагинального свища

Все больные условно были разделены на 3 группы. В 1 группу вошли 26 (53,1%) пациенток с ректовагинальным свищем 1 степени сложности с трансфинктерным (n=12) и экстрасфинктерным (n=14) расположением хода с диаметром свищевого отверстия не более 1 см.

Во II группу вошли 14 (28,6%) пациенток с свищем II степени сложности с трансфинктерным (n=9) и экстрасфинктерным (n=5) расположением хода с диаметром сви-

щцевого отверстия более 1 см и с сопутствующим недостаточностью анального жома II (n=4) и III (n=10) степеней.

В III группу вошли 9 (18,3%) пациенток с высоким расположением свищевого отверстия или свищами врожденного характера с гнойно-инфильтративными изменениями.

Всем больным первой группы с трансфинктерно расположенным свищевым ходом (n=12) произведено низведение слизисто-мышечного лоскута прямой кишки. Производится полудунный разрез по переходной складке заднего прохода длиной 2-3 см. Затем от углов раны проводят два вертикальных разреза на 2-3 см выше свища с таким расчетом, чтобы основание будущего трансплантата составляло по длине 4-5 см. Острым путем слизистая оболочка отделяется от мышечного слоя кишки по линии разреза, мобилизованный участок вместе со свищевым отверстием низводится за пределы анального канала и фиксируется к краям раны, на вертикальные разрезы накладываются викриловые швы. Рана во влагалище послойно ушивается. При неосложненном послеоперационном периоде отсечение избытка и снятие швов производится на 12-14 день после операции.

14 пациенткам I группы с экстрасфинктерным расположением ректовагинального свища произведено наложение толстокишечного анастомоза в $\frac{3}{4}$ с завязыванием лигатур первого ряда со стороны кишечного просвета. Вмешательство завершилось созданием интерпозиции тканей между линиями кишечных и влагалищных швов путем леваторопластики (рис. 2).



Рис. 2. Инвагинационный способ

Формирование влагалищного лоскута для низведения произведено всем 14 пациенткам II группы со сфинктероплевропластикой (рис. 3). После обзора соответствующей литературы Ruffolo et all. (2010) рекомендовали влагалищный доступ для этой категории больных.

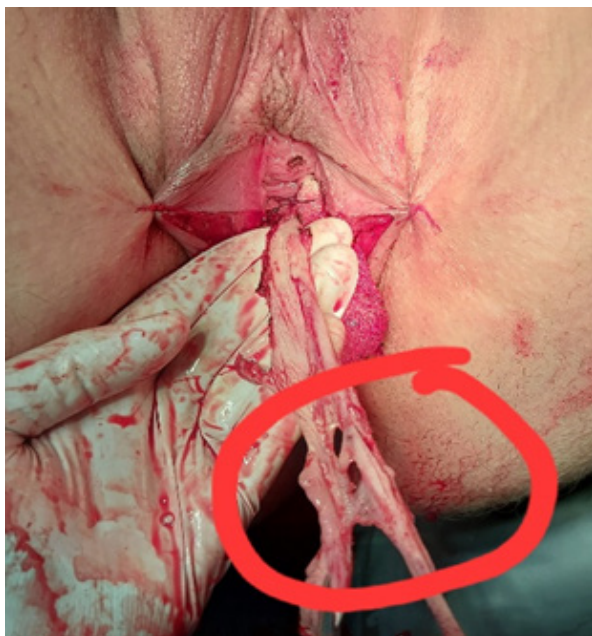


Рис. 3. Низведение влагалищного лоскута

Низведение влагалищного лоскута с дополнением сфинктероплевропластикой предпочтительнее для пациенток с ректовагинальными свищами, диаметр которых более 1 см. При этом сфинктер сшивается «бок в бок». При такой методике увеличивается площадь соприкосновения мышц, что повышает надежность фиксации, заполняется пространство, оставшееся после иссечения рубцовых тканей, меньше страдает кровоснабжение мышц.

У 5 больных III группы лечение было двухэтапным. Показаниями к двухэтапному хирургическому лечению служили давность заболевания, наличие гнойно-воспалительных изменений в этой области. На первом этапе было выполнено наложение двухствольной сигмостомы с ушиванием ректовагинального свища. Через 4-6 месяцев после улучшения состояния больной произведена ликвидация сигмостомы. У

одной пациентки выполнена передняя резекция прямой кишки с низведением сигмы, 3 пациенткам после операции по поводу эктопии ануса во влагалище произведена анопластика. Из 49 пациенток, находящихся под нашим наблюдением, 18 (36,7%) были ранее оперированы. Необходимо заметить, что повторная операция по поводу ректовагинального свища повышает риск осложнений и неудач. Фактически уже после первой операции ткани пациентки хуже васкуляризированы и анальный сфинктер слабеет. У 6 (12,2%) женщин развились местное воспаление и несостоятельность швов, которые ликвидированы консервативными мероприятиями. Кровотечение в период от 1 до 14 дней после операции возникло у 3 (6,1%) пациенток. Анальная инконтиненция наблюдалась у 2 (4,1%) пациенток. У всех было недержание только жидкого кала, при этом оно возникало чаще одного раза в неделю. Больные были многорожавшие, имеющие опущение промежности и короткий анальный канал. У 4 (8,1%) был рецидив свища, что потребовало повторной операции. Диспареуния возникла у 5 (10,2%) пациенток после сфинктероплевропластики.

Заключение

Таким образом, индивидуальный подход и подбор метода оперативного лечения для каждой пациентки уменьшает частоту рецидива заболевания. Наилучшие клинические и функциональные результаты достигаются при низких послеродовых свищах, когда прямая кишка здорова, а больная молода. Такой категории больных предпочтительнее производить ликвидацию ректовагинального свища с применением влагалищного лоскута. С осложненными ректовагинальными свищами, после повторных неудачных операций рекомендовано выполнить не одну, а несколько операций одной пациентке, начиная с наложения двухствольной сигмостомы. При свищах диаметром менее 1 см рекомендован инвагинационный метод хирургического лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-7 СМ. В REFERENCES)

1. Грошилин В.С., Чурнышова Е.В., Узунян Л.В. Значение индивидуального подхода в выборе тактики лечения ректовагинальных свищей // Медицинский вестник Юга России. 2016. № 2. С. 47-50.

2. Денисенко В.Л. Опыт лечения ректовагинальных свищей больших размеров // Хирургия. Вестник ВГМУ. 2022. Т. 21, № 3. С. 65.

3. Мудров А.А., Омарова М.М., Фоменко О.Ю., Благодарный Л.А. и др. Хирургическое лечение

ректовагинальных свищей расщепленным влагалищно-прямокишечным лоскутом // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. 2021. № 7. С. 5-11.

REFERENCES

1. Groshilin V.S., Churnyshova E.V., Uzunyan L.V. Znachenie individualnogo podkhoda v vybere taktiki lechenie rektovaginalnykh svishchey [The importance of an individual approach in the choice of tactics for the treatment of rectovaginal fistulas]. *Meditsinskiy vestnik Yuga Rossii – Medical Bulletin of the South of Russia*, 2016, No. 2, pp. 47-50.

2. Denisenko V.L. Opyt lecheniya rektovaginalnykh svishchey bolshikh razmerov [Experience in the treatment of large rectovaginal fistulas]. *Khirurgiya. Vestnik of Voronezhskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet – Surgery. Bulletin of Voronezh State Medical University*, 2022, Vol. 21, No. 3, pp. 65.

3. Mudrov A.A., Omarova M.M., Fomenko O.YU., Blagodarnyy L.A. i dr. Khirurgicheskoe lechenie rektovaginalnykh svishchey rasshcheplyennym vlagalishchno-pryamokishchnym loskutom [Surgical treatment of rectovaginal fistulas with a split vaginal-rectal flap]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2021, No. 7, pp. 5-11.

4. Benzarti F.Z., Kabura S., Layla E.A. Bartolins gland abscess a rare cause of rectovaginal fistula. *Journal of Surgical Case Reports*, 2021, pp. 86.

5. Kim M., Lew D.H., Roh T.S. Stromal vascular fraction injection to treat intractable radiation-induced rectovaginal fistula. *Case Reports in Plastic Surgery & Hand Surgery*, 2021, No. 48 (1), pp. 128.

6. Zhou Q., Liu Z.M., Chen H.X. Stapled transperineal repair for low and midlevel rectovaginal fistulas. *World Journal of Gastroenterology*, 2021, No. 27 (14), pp. 1451-1463.

7. Ziouzio I., Ammouri S., Ouazni M. Recto vaginal fistulas. *International Journal of Surgery*, 2020, No. 72, pp. 147-152.

Сведения об авторах:

Кахарова Раъно Абдурауфовна – зав. кафедрой колопроктологии ГОУ ИПОвСЗРТ, к.м.н., доцент; тел.: (+992) 555009164; e-mail: jamshedrano@mail.ru

Иброхимов Юсуфджон Хасанович – врач «Хозрасчетного центра колопроктологии» г. Душанбе, к.м.н., доцент; тел.: (+992) 918615411

Сироджев Диловар Нуриддинович – директор «Хозрасчетного центра колопроктологии» г. Душанбе, ассистент кафедры колопроктологии ГОУ ИПОвСЗРТ; тел.: (+992) 918840301

Рабиев Абдусалом Халимович – ассистент кафедры колопроктологии ГОУ ИПОвСЗРТ; тел.: (+992) 918858674

© Коллектив авторов, 2024

УДК 618.66; 618.12

Курбонов С., Асанбекова С.Х.,
Кодирова Ф.Р., Усманов М.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ СТРОЕНИЯ АРТЕРИИ МАТКИ И МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Кафедра анатомии человека им. Я.А. Рахимова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

*Kurbonov S., Asanbekova S.Kh.,
Kodirova F.R., Usmanov M.*

QUANTITATIVE ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF THE UTERINE ARTERY AND FALLOPIAN TUBE

Department of Human Anatomy named after Ya.A. Rakhimov of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Цель исследования. Определение пропускной способности внутриорганных сосудов внутренних женских половых органов по индексу Керногана.

Материал и методы. Изучена структурно-функциональная организация кровеносного русла указанных органов на 26 трупах женщин репродуктивного возраста.

Кровеносные сосуды комплекса органов инъецировали различными красками через внутреннюю подвздошную артерию и вену. Срезы окрашивали стандартными гистологическими методами.

Результаты. Показатели пропускной способности порядковых артерий матки и маточной трубы (индекс Керногана) в зависимости от слоя органа и упрощения структуры стенки порядковых артерии закономерно отличаются. Полученные данные свидетельствуют о приспособительной возможности кровеносных сосудов внутренних половых органов в репродуктивном периоде.

Заключение. Индекс Керногана соответственно уменьшается с каждым последующим порядком ветвления за счёт истончения и упрощения структуры стенки мелких артерии.

Ключевые слова: матка, маточные трубы, сосуды, индекс Керногана

Aim. Determination of the permeability of intraorgan vessels of the internal female genital organs using the Kernoghan index.

Material and methods. The structural and functional organization of the bloodstream of the indicated organs in 26 corpses of women of reproductive age was studied.

The blood vessels of the organ complex were injected with different dyes through the internal iliac artery and vein. The sections were stained using standard histological methods.

Results. The throughput capacity of the ordinal arteries of the uterus and fallopian tube (Kernoghan index) varies depending on the organ layer and the simplification of the structure of the ordinal artery wall. The obtained data indicate the adaptive capacity of the blood vessels of the internal genital organs during the reproductive period.

Conclusion. The Kernoghan index decreases accordingly with each subsequent order of branching due to the thinning and simplification of the structure of the wall of small arteries.

Key words: uterus, fallopian tubes, vessels, Kernoghan index

Актуальность

Женская репродуктивная система (матка и маточная труба) является сложной физиологической системой, между единицами

которой существует определенная функциональная координация в течение всей жизни, что обеспечивает зарождение новой жизни, развитие и вынашивание беременности и,

наконец, роды. Учитывая многочисленные специфические функции, выполняемые органами репродуктивной системы, невозможно переоценить роль кровеносного русла, которое оказывает непосредственное влияние на обменные процессы в стенке органа, приводящие к количественным изменениям индекса Керногана.

Современные инновационные технологии позволяют получить более детальную информацию об анатомических особенностях артериальных сосудов, даже при наличии патологий. Однако следует помнить, что такие исследования проводятся, как правило, по строгим медицинским показаниям. Между тем, по данным некоторых исследований [3], количественный анализ пропускной способности сосудов мог бы быть полезен при интерпретации рентгенографических исследований сосудов, а также может учитываться при разработке и адаптации внутрисосудистых устройств для использования в клинике. Морфофункциональные данные органов сосудов являются критериями, отражающими структурное состояние внутриорганной кровеносной системы [1, 4]. В частности, индекс Керногана артериальных сосудов даёт цифровую морфофункциональную способность этих сосудов адекватно показать кровоснабжение органа и оценить адаптационную перестройку, поскольку учитывает главные составляющие диаметра сосуда (толщину его средней оболочки) и диаметра. В научной литературе информация по поводу индекса Керногана в отношении артериальных кровеносных сосудов указанных органов практически отсутствует. Одним из наиболее распространённых неинвазивных методов количественной оценки пропускной способности внутриорганной системы, отличающихся портативностью и сравнительной надёжностью, является математическое моделирование [3]. Изучение связи между формой, строением, топографией органов и характеристикой распределения внутриорганной системы может способствовать разработке эффективных подходов к диагностике, лечению и профилактике различных заболеваний, особенно в репродуктивном периоде. [2, 4].

Цель исследования

Определение пропускной способности внутриорганной системы внутренних женских половых органов по индексу Керногана.

Материал и методы исследования

Была изучена структурно-функциональная организация кровеносного русла

указанных органов на 26 трупах женщин репродуктивного возраста.

Кровеносные сосуды комплекса органов инъецировали различными красками через внутреннюю подвздошную артерию и вену. Срезы окрашивали стандартными гистологическими методами.

Результаты и их обсуждение

Кровоснабжение матки и маточных труб, в основном, осуществляется за счёт маточных артерий и частично от яичниковых артерий, идущих перпендикулярно оси органа по бокам края матки, и располагается под серозной оболочкой. Названные артерии анастомозируют в толще матки с такими же ветвями противоположной стороны. В сторону слизистой оболочки от сегментарных отходят радиальные артерии, а в сторону серозной оболочки – сосуды для кровоснабжения периметрия. В стенке маточной трубы распределение внутриорганной системы происходит дихотомически во всех слоях трубы. Внутриорганная система матки и маточной трубы за счёт ветвей 3-4 порядков формируют плоскостную сеть в толще органа. Ветви 1 порядка проникают в толщу серозной оболочки, их диаметр составляет 80-110 мкм, образующиеся из них ветви 2 порядка имеют диаметр 60-80 мкм.

По нашим данным, к периоду полового созревания сосудистая система матки и маточной трубы характеризуется появлением извилистости на уровне порядковых ветвей, увеличивается диаметр кровеносных сосудов, в то время индекс Керногана в отрезке 1-го и 2-го порядков артериальных сосудов был равен в пределах от 20,6 до 25,3 в мышечной оболочке матки, в маточной трубе в данной оболочке – от 23,5 до 32,0. Для некоторых артерий мышечного слоя характерна резкая гипертрофия стенки за счёт утолщения прослойки субэндотелиально расположенных продольных пучков гладкомышечных волокон. Подобные изменения толщины стенок артерий, не связанные с активацией тонуса сосудов, характеризуются улучшением пропускной способности и свидетельствуют о том, что толщина стенки меняется не за счёт функциональных активных звеньев, а пассивно, в частности, за счёт разветвления артерии в толще органа.

Кровоснабжение слизистой оболочки органов осуществляется концевыми ветвями радиальных артерий. Индекс Керногана в пределах названных сосудов составляет от 19,2 до 27,4 – в среднем $21,0 \pm 0,2$ в матке, а в маточной трубе от 15,1 до 24,7 – в среднем $20,4 \pm 0,3$ (таблицы 1 и 2).

Таблица 1

Пропускная способность кровеносных сосудов матки (индекс Керногана)
в зависимости от порядковых ветвей в норме ($M \pm t$) $n=56$

| Параметр, мкм | Слой оболочки органа | | | | | |
|--------------------------|----------------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
| | серозный | | мышечный | | слизистый | |
| | 1 -й порядок | 2-й порядок | 1 -й порядок | 2-й порядок | 1 -й порядок | 2-й порядок |
| Толщина среднего слоя | 31,2±0,8 | 28,1±0,7 | 35,1±0,9 | 27,4±0,5 | 25,4±0,6 | 20,6±0,3 |
| Ширина просвета | 140,8±1,7 | 128,7±1,2 | 145,4±1,9 | 131,2±1,8 | 120,8±1,1 | 110,7±0,9 |
| Индекс Керногана | 22,1±0,2 | 21,8±0,3 | 24,1±0,6 | 20,9±0,3 | 21,0±0,2 | 18,6±0,1 |

Таблица 2

Пропускная способность кровеносных сосудов маточной трубы (индекс Керногана)
в зависимости от порядковых ветвей в норме ($M \pm t$) $n=56$

| Параметр, мкм | Слой оболочки органа | | | | | |
|--------------------------|----------------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
| | серозный | | мышечный | | слизистый | |
| | 1 -й порядок | 2-й порядок | 1 -й порядок | 2-й порядок | 1 -й порядок | 2-й порядок |
| Толщина среднего слоя | 25,6±0,8 | 22,4±0,6 | 31,7±0,9 | 26,6±0,7 | 24,3±0,5 | 19,5±0,3 |
| Ширина просвета | 120,2±1,1 | 113,1±1,2 | 120,8±1,5 | 104,6±1,1 | 110,6±1,2 | 95,5±0,8 |
| Индекс Керногана | 21,3±0,1 | 19,8±0,2 | 26,2±0,5 | 25,4±0,4 | 21,9±0,1 | 20,4±0,3 |

Архитектоника сосудистого русла серозной оболочки образует в ней ветвления 2-3 порядков, которые, распадаясь на капилляры, формируют широко петлистую сеть.

Заключение

Таким образом, Индекс Керногана соответственно уменьшается с каждым последующим порядком ветвления за счёт

истончения и упрощения структуры стенки мелких артерий, поэтому необходимость более глубокого изучения данной проблемы и проведения дополнительных исследований очевидна.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Гладилин Ю.А., Фомкина О.А., Николенко В.Н. Изменчивость морфометрических характеристик парных артерий головного мозга у детей в период раннего детства // Морфология. 2022. Т. 160, № 2. С. 77 – 83.
2. Гусарова Т.А., Низяева Н.В., Михалёв С.А. и др. Морфологические и молекулярные особенности децидуальных клеток эндометрия при невынашивании беременности. // Морфология. 2023. Т. 161, № 1. С.37-49.
3. Жариков Ю.О., Масленников Р.В., Гаджихмедова А.Н. и др. Количественный анализ строения воротной вены печени и селезёночной вены у людей с разными соматотипами. // Морфология. 2022. № 2. С. 171 -176.

4. Титова Г.П., Дамирова М.М., Анчабадзе И.В. и др. Морфологические изменения в маточных трубах у больных с внематочной беременностью // Гинекология. 2019. Т. 21., № 6. С.26-30.

REFERENCES

1. Gladilin Yu.A., Fomkina O.A., Nikolenko V.N. Izmenchivost morfometricheskikh kharakteristik parnykh arteriy golovnogo mozga u detey v period rannego detstva [Variability of morphometric characteristics of paired cerebral arteries in children during early childhood]. *Morfologiya – Morphology*, 2022, Vol. 160, No. 2, pp. 77-83.
2. Gusarova T.A., Nizyaeva N.V., Mikhalyov S.A. Morfologicheskie i molekulyarnye osobennosti detsidualnykh

kletok endometriya pri nevyvashivani beremennosti [Morphological and molecular features of endometrial decidual cells in miscarriage]. *Morfologiya – Morphology*, 2023, Vol. 161, No. 1, pp. 37-49.

3. Zharikov Yu.O., Maslennikov R.V., Gadzhiakhmedova A.N. Kolichestvennyy analiz stroeniya vorotnoy veny pecheni i selezyonochnoy veny u lyudey s raznymi somatotipami. [Quantitative analysis of the structure of the hepatic portal vein and splenic vein in people with different somatotypes]. *Morfologiya – Morphology*, 2022, No. 2, pp. 171-176.

4. Titova G.P., Damirova M.M., Anchabadzade I.V. Morfologicheskie izmeneniya v matochnykh trubakh u bolnykh s vnematochnoy beremennostyu [Morphological changes in the fallopian tubes in patients with ectopic

pregnancy]. *Ginekologiya – Gynecology*, 2019, Vol. 21, No. 6, pp. 26-30.

Сведения об авторах:

Курбонов Саид – профессор кафедры анатомии человека им. Я.А. Рахимова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», д.м.н.; тел: (+992) 901052107; e-mail: kurbonov.said@mail.ru
Асанбекова Сохибджамол Хусравбековна – ассистент кафедры анатомии человека им. Я.А. Рахимова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел: (+992) 938442448

Кодирова Фарзона Раджабалиевна – ассистент кафедры анатомии человека им. Я.А. Рахимова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел: (+992) 553553100

Усманов Мулло – д.м.н., профессор; тел: (+992) 919106599

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616-001+617.3

Махмадалиев Б.Г., Сироджзода М.С.,
Сироджов К.Х.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ИЗОЛИРОВАННОГО И МНОЖЕСТВЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Makhmadaliev B.G., Sirodzhzoda M.S.,
Sirodzhov K.Kh.

CONCEPTUAL APPROACH TO FRACTURES OF LONG BONES OF THE LIMB IN THE BACKGROUND OF ISOLATED AND MULTIPLE DAMAGE

The Department of Traumatology and Orthopedics of State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения переломов длинных костей нижних конечностей на основании разработки и внедрения прогностических тестов профилактики инфекционных осложнений.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 110 пострадавших с переломами длинных костей нижних конечностей, мужчин - 60, женщин - 50 в возрасте от 20 до 63 лет. Больные были разделены на 2 группы: основная (51 пострадавший) - тактика хирургического подхода базировалась на прогнозировании инфекционного осложнения путем оценки показателей прокальцитонина, СРБ, СОЭ и лейкоцитов венозной крови и контрольная (59 пострадавших) - традиционная тактика лечения.

Результаты. При поступлении у больных основной группы показатели прокальцитонина, С-реактивного белка, СОЭ, лейкоцитов венозной крови были повышены, по сравнению с нормой. На 7-е сутки посттравматического периода на фоне оптимизированной комплексной интенсивной терапии указанные лабораторные показатели приближаются к норме, а на 10-й день после травмы и на 3-й день послеоперационного периода показатели стали повышаться, что связано с хирургической агрессией, на 8-е сутки послеоперационного периода вышеназванные лабораторные показатели приближаются к норме.

Заключение. Прокальцитонин является маркером инфекционно-септических осложнений, который прогнозирует развития указанного осложнения при переломах длинных костей нижних конечностей в послеоперационном периоде. Оценка указанного параметра на стадии предоперационной подготовки способствует оптимизации проводимых мероприятий по профилактике инфекционных осложнений и определяет сроки и виды остеосинтеза.

Ключевые слова: перелом длинных костей конечности, инфекционные осложнения, профилактика

Aim. Improving the results of surgical treatment of fractures of long bones of the lower extremities based on the development and implementation of predictive tests for the prevention of infectious complications.

Material and methods. The results of diagnostics and surgical treatment of 110 victims with fractures of long bones of the lower extremities were analyzed, 60 men, 50 women, aged 20 to 63 years. The patients were divided into 2 groups: the main group (51 victims) - the tactics of the surgical approach was based on the prediction of infectious complications by assessing the indicators of procalcitonin, CRP, ESR and leukocytes of venous blood and the control group (59 victims) - traditional treatment tactics.

Results. Upon admission, the patients of the main group had elevated procalcitonin, C-reactive protein, ESR, and venous blood leukocyte levels compared to the norm. On the 7th day of the post-traumatic period, against the

background of optimized complex intensive therapy, the above laboratory indicators approach the norm, and on the 10th day after the injury and on the 3rd day of the postoperative period, the indicators began to increase, which is associated with surgical aggression, on the 8th day of the postoperative period, the above laboratory indicators approach the norm.

Conclusion. Procalcitonin is a marker of infectious and septic complications, which predicts the development of this complication in fractures of the long bones of the lower extremities in the postoperative period. Assessment of this parameter at the stage of preoperative preparation helps to optimize the measures taken to prevent infectious complications and determines the timing and types of osteosynthesis.

Key words: fracture of the long bones of the limb, infectious complications, prevention

Актуальность

Несмотря на достижения практической медицины последних лет в области травматологии и ортопедии, ряд проблем хирургического лечения переломов длинных костей до сих пор остаётся актуальным [1-3]. В частности, частота ранних осложнений в послеоперационном периоде, по данным ряда исследователей, составляет до 30%, и данный показатель имеет устойчивую тенденцию к увеличению. Осложнения после остеосинтеза могут быть местного и общего характера. Наиболее существенным осложнением, которое влияет на состояние больного и исход операции, является инфекция в послеоперационной ране. Инфекция в области хирургической раны после металлоостеосинтеза составляет от 21% до 46,2% - наблюдений в случае открытых повреждений и от 7,6% до 13,2% - при закрытых переломах длинных костей [4, 6].

Как в отечественных, так и в зарубежных научных публикациях травматологов и ортопедов мира обсуждаются пути улучшения результатов хирургического лечения переломов длинных костей конечностей. Несмотря на достижения практической медицины последних лет на фоне предложенных способов профилактики и прогнозирования инфекционных осложнений операционной раны, проблема инфекции после остеосинтеза на сегодняшний день остается нерешенной, и среди специалистов существуют противоречивые мнения относительно прогнозирования инфекционных осложнений на предоперационном периоде [5-7].

Существующий риск развития инфекционно-гнойных осложнений после остеосинтеза длинных костей пробуждает у специалистов мотив для разработки новых способов предоперационного планирования пострадавших с переломами длинных костей и ведения данного контингента в послеоперационном периоде [2, 8].

Несмотря на достижения науки и практического здравоохранения в области травматологии ортопедии в рамках внедрения ин-

новационной технологии и новых подходов в плане профилактики инфекционных осложнений ран, у практического врача возникает больше вопросов, чем ответов, относящихся к улучшению результата остеосинтеза диафизарных переломов длинных костей [6-8].

Учитывая вышесказанные проблемы, разработка и внедрение новых технологий и идей в плане профилактики инфекции в области ран в послеоперационном периоде при переломах длинных костей остаётся первоочередной задачей науки и практического здравоохранения.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения переломов длинных костей нижних конечностей на основании разработки и внедрения прогностических тестов профилактики инфекционных осложнений.

Материал и методы исследования

Проведён анализ результатов диагностики и хирургического лечения 110 пострадавших с переломами длинных костей нижних конечностей. В работе обобщены материалы Государственного учреждения «Городской медицинский центр № 3» г. Душанбе и Государственного учреждения «Комплекс здоровья «Истиклол»» за период с 2015 по 2022 гг. Мужчины составили 60 (54,5%) человек, женщин было 50 (45,5%). Возраст больных варьировал от 20 до 63 лет (средний возраст $54 \pm 6,3$ года).

Для сравнительной оценки полученных результатов лечения больных разделили на 2 группы: основная (51 пострадавший) и контрольная (59 пострадавших). У больных основной группы тактика хирургического подхода базировалась на оценке тяжести системного воспалительного ответа в посттравматическом периоде. С этой целью у больных основной группы в день поступления, на 7 сутки на фоне этиопатогенетической терапии, на 10 и 15 сутки послеоперационного периода лабораторно исследовали показатели прокальцитонина, СРБ, СОЭ и лейкоциты венозной крови. Больным контрольной группы остеосинтез конечно-

сти выполнен на основании стандартных лабораторных показателей гомеостаза организма.

Из общего количество больных путем самообращения в медицинские учреждения поступили 90 (81,8%) пострадавших, в 20 (18,2%) случаях доставлены машиной скорой медицинской помощи, то есть, 82% больным на месте происшествия и на этапах эвакуации не была оказана элементарная первичная медицинская помощь.

По механизму получения травмы больных разделили следующим образом: бытовая травма - 82 (74,5%), уличная – 25 (22,7%), дорожно-транспортная травма - 2 (1,8%) случая. В оптимальные сроки (до 12 часов) для оказания квалифицированной помощи обратился 71 (64,5%) пострадавший, до 24

часов – 15 (13,6%), до 72 часов – 15 (13,6%) и свыше 72 часов - 9 (8,2%) человек.

Критерии включения больных в исследование: трудоспособный возраст, отсутствие серьезной сопутствующей патологии, переломы конечности травматического генеза.

Критерии исключения больных из исследования: тяжелая сочетанная травма, политравма, патологические переломы, тяжелый соматический фон, декомпенсированный сахарный диабет, пожилой и старческий возраст, в анамнезе - вирусный гепатит, ревматоидные заболевания, а также несвежие переломы конечности.

В сравнительных группах были диагностированы переломы бедренной кости - соответственно 62,7% и 55,9%, переломы голени - соответственно 37,3 и 44,1% в группах (табл. 1).

Таблица 1

Характер переломов нижних конечностей

| Локализация перелома | Количество больных (n=110) | | | | Всего | |
|----------------------|----------------------------|------|------------------------|------|-------|------|
| | Основная гр. (n=51) | | Контрольная гр. (n=59) | | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| <i>Бедро</i> | 32 | 62,7 | 33 | 55,9 | 65 | 59,1 |
| <i>Голень</i> | 19 | 37,3 | 26 | 44,1 | 45 | 40,9 |
| <i>Всего</i> | 51 | 100 | 59 | 100 | 110 | 100 |

Остеосинтез конечности проводился с учетом характера перелома, локализации последнего, тяжести состояния и травмы, а также видов имплантатов, которые использовались при фиксации отломков. В контрольной группе операция проводилась в следующем порядке: в первые сутки остеосинтез выполнен у 19 (32,2%) пациентов, на вторые сутки от момента травмы – у 13 (22%), в течение первой недели – у 21 (35,6%), свыше 10 дней – у 6 (10,2%) больных. У пострадавших основной группы остеосинтез переломов при поступлении выполнен у 7 (13,7%) человек, в течение первой недели – у 23 (45,1%), в течение 2-ой недели – у 21 (41,1%). В сравнительных группах использовались следующие виды остеосинтеза: аппарат Илизарова - у 6 (11,8%) и 7 (11,9%), интрамедуллярный блокирующий остеосинтез – у 27 (52,9%) и 26 (44,1%), накостный остеосинтез пластиной – у 14 (27,5%) и 21 (35,6%), комбинированный остеосинтез - у 3 (5,9%) и 5 (10,2%) соответственно.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft, США). Оценка

нормальности распределения выборки проводилась по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Количественные показатели представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки. Парные сравнения между независимыми группами проводились по U-критерию Манна-Уитни. Множественные сравнения между зависимыми группами проводились по критерию Фридмана. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Результаты лабораторных исследований показывают, что при поступлении у пострадавших основной группы выявлено повышение показателей прокальцитонина, СРБ, СОЭ и лейкоцитов венозной крови - 21 пациент (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, показатели прокальцитонина на 1,49 нг/м, С- реактивного белка на 2,9мм/пт, СОЭ на 3мм/ч, лейкоциты венозной крови на $5,7 \times 10^9/л$ превышали показатели здоровых людей.

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения переломов конечности напрямую зависят от течения операционной

раны, развития гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, что усугубляет заживлению раны и перелома, а также удлиняет сроки реабилитации больного. Единственной надеждой на снижение указанных осложнений является своевре-

менное прогнозирование и профилактика инфекции в предоперационном периоде. Именно с научной точки зрения одним из маркеров прогрессирования инфекционного осложнения является прогормон кальцитонина – прокальцитонин.

Таблица 2

Лабораторные показатели у больных основной группы

| Срок наблюдения | Исследуемые больные (n=51) | | | |
|---------------------|----------------------------|------------|------------|-----------------------------------|
| | Лабораторный параметр | | | |
| | прокальцитонин, нг/мл | СРБ, мм/пт | СОЭ, мм/ч | лейкоциты ВК × 10 ⁹ /л |
| Норма, Ме (min-max) | <0,01 | 4 (3-5) | 8,5 (2-15) | 6,5 (4-9) |
| 1 сутки | 1,5±0,2* | 7,9±0,3* | 11,5±0,6* | 12,2±0,8* |
| 7 сутки | 0,9±0,1* | 5,2±0,3* | 8,9±0,5* | 8,2±0,4* |
| 10 сутки | 1,1±0,1* | 6,3±0,3* | 9,9±0,6* | 10,4±0,4* |
| 15 сутки | 0,65±0,02* | 3,92±0,16 | 6,76±0,43* | 6,61±0,20 |
| p | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей в динамике наблюдения (по критерию Фридмана); *статистически значимые различия по сравнению с нормой (по U-критерию Манна-Уитни)

Как видно из таблицы 2, показатели прокальцитонина на 1,49 нг/м, С-реактивного белка на 2,9мм/пт, СОЭ на 3мм/ч, лейкоциты венозной крови на $5,7 \times 10^9$ /л превышали показатели здоровых людей.

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения переломов конечности напрямую зависят от течения операционной раны, развития гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, что усугубляет заживлению раны и перелома, а также удлиняет сроки реабилитации больного. Единственной надеждой на снижение указанных осложнений является своевременное прогнозирование и профилактика инфекции в предоперационном периоде. Именно с научной точки зрения одним из маркеров прогрессирования инфекционного осложнения является прогормон кальцитонина – прокальцитонин.

В норме прокальцитонин синтезируется в парафолликулярных С-клетках паращитовидных желёз. Результаты исследования показывают, что скорость выработки и выброса в кровь прокальцитонина зависят от концентрации эндотоксина (грамотрицательных бактерий) и экзотоксина (грамположительных микроорганизмов), а также их продуктов жизнедеятельности [6].

На стадии предоперационной подготовки с целью профилактики инфекционно-септи-

ческих осложнений, минимизации эндотелиальной дисфункции, подавления тяжести синдрома острого воспалительного ответа разработана этиопатогенетическая терапия. В состав данной терапии входит: L-аргинин 4,2% раствор по 100 мл внутривенно, эссенциале форте 250 мг по 10 мл внутривенно 2 раза в день, 33% раствор этилового спирта по 100-200 мл внутривенно, антибиотики цефалоспоринового ряда (цефазолин) по 1 г внутривенно 2 раза в день после биологической пробы, ривароксабан по 20 мг внутрь со второго травматического дня.

Разработанная схема этиопатогенетической терапии была назначена 21 больному основной группы, у которых со стороны лабораторных тестов выявлены высокие показатели прокальцитонина, С-реактивного белка, СОЭ и лейкоцитов венозной крови. Указанную терапию проводили в течение 5 дней на стадии предоперационного планирования, после чего повторно проводили лабораторное исследование крови (табл. 2). Полученные результаты лабораторных тестов показали, что на фоне комплексной терапии показатели прокальцитонина уменьшились на 0,6 нг/мл, С-реактивного белка - на 2,7 мм/пт, СОЭ - на 2,6 мм/час, L - на 4×10^9 /л, по сравнению с результатами лабораторных

анализов 1 дня. Но, по сравнению с нормой, показатели прокальцитонина на 0,89 нг/мл, СРБ на 1,2 мм/пт, СОЭ на 0,4 мм/час и L на $1,7 \times 10^9/\text{л}$ стали больше.

На 3 сутки послеоперационного периода на фоне комплексной интенсивной терапии повторно проводились исследования вышеуказанных параметров крови (табл. 2). Результаты лабораторных исследований показывают, что на фоне хирургической агрессии показатели прокальцитонина, СРБ, СОЭ, и лейкоцитов умеренно повысились, а на фоне продолженной и целенаправленной интенсивной терапии на 15 сутки послеоперационного периода

вышеуказанные лабораторные данные приблизились к норме.

Уровень колебания прокальцитонина с момента поступления до нормализации последнего на фоне комплексной интенсивной терапии и операции представлен на рисунке. Согласно представленной диаграмме, показатель прокальцитонина при поступлении больных был высоким, на фоне интенсивной терапии в предоперационном периоде снижается, при повторном анализе, который брали на 3 сутки после остеосинтеза, его уровень вновь повысился, а на 8 сутки послеоперационного периода приблизился к норме.

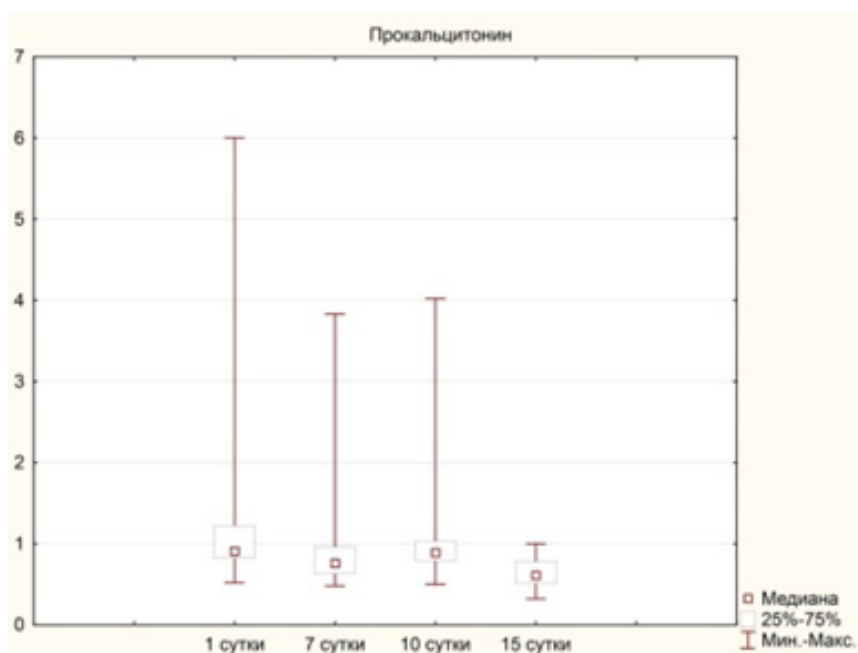


Рис. Диаграмма размаха уровня прокальцитонина

В ближайшем послеоперационном периоде в сравниваемых группах наблюдались следующие осложнения: поверхностное нагноение ран - соответственно у 3,9% и 8,5%, глубокое нагноение - в 3,4% случаев в контрольной группе, футлярный синдром - у 2% и 5,1% соответственно, тромбфлебит глубоких вен - у 3,4% пациентов ретроспективной группы, субклиническая форма синдрома жировой эмболии была отмечена у 1 больного контрольной группы. Субклиническая форма жировой эмболии проявилась в виде головной боли, одышки, кашля, боли в горле, повышения температуры тела до 38°C , умеренной петехиальной сыпи по боковой поверхности шеи и груди. Больному назначена патогенетическая терапия синдрома жировой эмболии, и на фоне проводимой терапии на 12 день развился регресс клинического проявления болезни,

больной выписан на 23 день в относительно удовлетворительном состоянии.

В 2 случаях глубокого нагноения послеоперационной раны, где в 1 случае выполнен накостный остеосинтез дистального отдела бедра накостной пластиной, повторно произведена ревизия последнего, выявлена инфицированная гематома в размере 40 мл. После санации очага и тщательного орошения растворами антисептиков рану дренировали полиэтиленовой трубкой по типу приточно-отёчного орошения. Спустя семь дней дренажную трубку удалили, у больного остался 1 функционирующий свищ, с которым его выписали на амбулаторное лечение. Во втором случае инфекционное осложнение развилось на фоне интрамедуллярного остеосинтеза костей голени, температурная реакция поднялась до 39°C , хотя остеосинтез был выполнен закрытым способом. В связи

с клиническими проявлениями указанного осложнения, после соответствующей подготовки произведено удаление штифта, тщательная санация костномозгового канала там, где находился гнойный процесс, и наложен аппарат Илизарова. На фоне комплексной интенсивной терапии удалось ликвидировать гнойный процесс, пациент выписан на 25 сутки посттравматического периода.

Заключение

Прокальцитонин является маркером инфекционно-септических осложнений,

который прогнозирует развитие указанного осложнения при переломах длинных костей нижних конечностей в послеоперационном периоде. Оценка указанного параметра на стадии предоперационной подготовки способствует оптимизации проводимых мероприятий по профилактике инфекционных осложнений и определению сроков и видов остеосинтеза.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-8 СТ. В REFERENCES)

1. Абдулоев М.С., Курбонов С.Х., Юнусов И.А., Шарипов А.А. Проблема лечения переломов проксимального отдела бедренной кости - перспективные направления в лечении переломов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2016. №4. С. 145-149.
2. Иноземцев Е.О., Григорьев Е.Г., Апарцин К.А. Актуальные вопросы хирургии сочетанных повреждений (по материалам публикаций журнала «Поли-травма») // Политравма. 2017. № 1. С. 6-11.
3. Курбонов С.Х., Абдулоев М.С., Мирзобеков К.С., Аскарлов А.Т. Факторы риска и профилактика венозных тромбозных осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. № 1. С. 44-52.
4. Миromanov А.М., Трубицын М.В., Миронова О.Б., Миromanova Н.А. Персонализированные аспекты развития воспалительных осложнений при переломах костей конечностей // Политравма. 2017. № 2. С. 37-41
5. Наимов А.М., Раззоков А.А. Тактика лечения переломов длинных костей при сочетанной травме с учетом идентификации синдрома жировой эмболии // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2020. №4. С. 31-36.

REFERENCES

1. Abduloev M.S., Kurbonov S.Kh., Yunusov I.A. Problema lecheniya perelomov proksimalnogo otdela bedrennoy kosti - perspektivnye napravleniya v lechenii perelomov [The problem of treating fractures of the proximal femur, promising directions in future fractures]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Bulletin of the Academy of Medical Sciences*, 2016, No. 4, pp. 145-149.
2. Inozemtsev E.O., Grigorev E.G., Apartsin K.A. Aktualnye voprosy khirurgii sochetannykh povrezhdeniy (po materialam publikatsiy zhurnala «Politravma») [Risk factors and prevention of venous thromboembolic complications during hip replacement]. *Politravma – Polytrauma*, 2017, No. 1, pp. 6-11.
3. Kurbonov S.Kh., Abduloev M.S., Mirzobekov K.S., Askarov A.T. Faktory riska i profilaktika venoznykh tromboembolicheskikh oslozhneniy pri endoprotezirovani

tazobedrennogo sustava [Current issues in the surgery of combined injuries (based on materials from publications in the journal “Polytrauma”)]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Herald of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*, 2018, No. 1, pp. 44-52.

4. Miromanov A.M., Trubitsyn M.V., Mironova O.B. Personalizirovannye aspekty razvitiya vospalitelnykh oslozhneniy pri perelomakh kostey konechnostey [Personalized aspects of the development of inflammatory complications in fractures of extremity bones]. *Politravma – Polytrauma*, 2017, No. 2, pp. 37-41

5. Naimov A.M., Razzokov A.A. Taktika lecheniya perelomov dlinnykh kostey pri sochetannoy travme s uchetom identifikatsii sindroma zhirovoy embolii [Tactics of treatment of long bone fractures with combined trauma, taking into account the identification of fat embolism syndrome]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Bulletin of postgraduate education in the field of healthcare*, 2020, No. 4, pp. 31-36.

6. Fang C., Wong T., Lau T., To K. Infection after fracture osteosynthesis - Part I: Pathogenesis, diagnosis and classification. *Journal of Orthopedic Surgery*, 2017, Vol. 25, No. 1, pp. 1-13.

7. Hellebrekers P., Leenen L.P., Hoekstra M. Effect of a standardized treatment regime for infection after osteosynthesis. *Journal of Orthopedic Surgery*, 2017, Vol. 12, No. 1, pp. 41.

8. O’Toole R.V., Joshi M., Carlini A.R. Supplemental Perioperative Oxygen to Reduce Surgical Site Infection After High-Energy Fracture Surgery (OXYGEN Study). *Journal of Orthopedic Trauma*, 2017, Vol. 31, No. 1, pp. S25-S31.

Сведения об авторах:

Махмадалиев Бахтовар Гуломхайдарович – соискатель кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992) 987904949

Сироджода Масъуди Садриддин – ассистент кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992)904647777

Сироджов Кутбуди Хасанович – зав. кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., доцент; тел.: (+992) 935290963; e-mail: sirodzhovk93529s@mail.ru

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616.12-008.46:616.61-008.64-07-08

^{1,2}Мурадов А.М., ^{3,4}Мухамедова У.М.,
⁵Назирова Дж.Х.

ВАРИАЦИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С КАРДИО- РЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ I И III ТИПОВ

¹Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²Национальная академия наук Таджикистана, отделение медицинских и фармацевтических наук

³ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

⁴ГУ «Комплекс здоровья “Истиқлол”» УЗ г. Душанбе

⁵Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

^{1,2}Muradov A.M., ^{3,4}Mukhamedova U.M.,
⁵Nazirova J.Kh.

VARIATIONS OF DIASTOLIC DYSFUNCTION OF THE LEFT VENTRICLE IN PATIENTS WITH CARDIORENAL SYNDROME TYPES I AND III

¹Department of Efferent Medicine and Intensive Care of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Sphere of Healthcare of the Republic of Tajikistan»

²National Academy of Sciences of Tajikistan, Department of Medical and Pharmaceutical Sciences
³State Institution "City Scientific Center for Reanimation and Detoxification" of the Department of Health of Dushanbe

⁴State institute "Health Complex Istiqlol"

⁵Department of Cardiology with a Course in Clinical Pharmacology of the State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Изучить вариации диастолической дисфункции левого желудочка сердца в зависимости от тяжести больных кардио-ренальным синдромом I и III типов.

Материал и методы. Проведен анализ 100 пациентов с кардио-ренальным синдромом (КРС) I (1 группа) и III типов (2 группа) – по 50 человек в каждой группе, мужчин - 47 (47,0%), женщин - 53 (53,0%). Пациенты на основании балльной оценки тяжести и прогноза условно разделили на 3 подгруппы: 1 подгруппа - со средним тяжелым, 2 подгруппа – с тяжелым и 3 подгруппа – с крайне тяжелым состоянием.

Выполнялись стандартные клинико-лабораторно-инструментальные исследования, включая оценку диастолической функции левого желудочка.

Результаты. У больных КРС I, III типов в зависимости от тяжести патологии выявляется 3 основных типа диастолической дисфункции левого желудочка (ДД ЛЖ) сердца или 4 степени ее тяжести: I тип гипертрофическая ДД ЛЖ 1-ой стадии легкой наблюдалась в 35 (35,0%) (p<0,001) случаях, II тип псевдо нормальный кровоток ДД ЛЖ 2-ой стадии умеренной - в 39 (39,0%) (p<0,001), III тип рестриктивный ДД ЛЖ тяжелой степени с обратимыми изменениями - в 16 (16,0%) (p<0,001), III тип рестриктивный ДД ЛЖ 4 стадии тяжелой степени с необратимыми изменениями - у 10 (10,0 %) (p<0,001).

Заключение. Степень выраженности ДД ЛЖ у пациентов с КРС I и III типов нарастает до III рестриктивного варианта ДД ЛЖ по мере прогрессирования тяжести патологии, что требует индивидуальной коррекции этих нарушений.

Ключевые слова: кардио-ренальный синдром I и III типов, диастолическая дисфункция левого желудочка сердца, вариация типа

Aim. To study variations in diastolic dysfunction of the left ventricle of the heart depending on the severity of patients with cardiorenal syndrome types I and III.

Material and methods. An analysis of 100 patients with cardiorenal syndrome (CRS) types I (group 1) and III (group 2) was conducted - 50 people in each group, men - 47 (47.0%), women - 53 (53.0%). Based on the scoring of severity and prognosis, patients were conditionally divided into 3 subgroups: 1 subgroup - with moderately severe, 2 subgroup - with severe and 3 subgroup - with extremely severe condition. Standard clinical, laboratory and instrumental studies were performed, including assessment of diastolic function of the left ventricle.

Results. In patients with CRS types I, III, depending on the severity of the pathology, 3 main types of left ventricular diastolic dysfunction (LV DD) of the heart or 4 degrees of its severity are revealed: type I hypertrophic LV DD stage 1 mild was observed in 35 (35,0%) ($p < 0,001$) cases, type II pseudo normal blood flow LV DD stage 2 moderate - in 39 (39,0%) ($p < 0,001$), type III restrictive LV DD severe with reversible changes - in 16 (16,0%) ($p < 0,001$), type III restrictive LV DD stage 4 severe with irreversible changes - in 10 (10,0%) ($p < 0,001$).

Conclusion. The severity of LV DD in patients with CRS types I and III increases to the III restrictive variant of LV DD as the severity of the pathology progresses, which requires individual correction of these disorders.

Key words: cardiorenal syndrome types I and III, diastolic dysfunction of the left ventricle of the heart, variation of the type

Актуальность

В последние десятилетия проблемы, связанные с сердечно-сосудистой (ССС), почечной и легочной патологиями, занимают высокий рейтинг в контексте снижению качества жизни, инвалидности, смертности, т.к. имеют стойкую тенденцию к увеличению частоты встречаемости и омоложению контингента, что связано со многими негативными факторами и провоцирующими причинами.

Частота ишемической болезни сердца (ИБС) продолжает увеличиваться и остается ведущей причиной смертности во всем мире, в том числе в Российской Федерации, странах Центральной Азии и Республике Таджикистан [4]. Например, в Европе она уносит жизни 1,8 млн человек, ежегодно составляя 20% от всех случаев летальности [4], при этом в развивающихся странах она значительно выше. ИБС в 60-70% является причиной хронической сердечной недостаточности (ХСН), которая в свою очередь представляет основную причину развития острого коронарного синдрома (ОКС), острого инфаркта миокарда (ОИМ), а также острого почечного повреждения (ОПП) и в последующем хронической болезни почек (ХБП) [3, 6, 9]. Несмотря на межсекторальное взаимодействие, разработанные и внедренные международные, регионарные рекомендации по диагностике, лечению ОКС и ОИМ, в структуре ССЗ за ними сохраняются высокая летальность - до 80% и инвалидность, оставаясь актуальными проблемами современной медицины. В Республике Таджикистан больничная летальность от ОИМ составляет 10 - 17% [5].

Острая и хроническая почечная патология (ОПП и ХБП), также как сердечно-сосудистые и легочные заболевания, остаётся весьма актуальной, до конца не решенной проблемой,

также имеющей выраженную тенденцию к омоложению контингента, высокую инвалидизацию и летальность, несмотря на значительные достижения и внедрение новых инновационных диагностических и лечебных технологий.

По данным различных авторов, ОПП встречается 0,25% в общей популяции (сравнимо с заболеваемостью ОИМ), достигая 140 - 2 880 случаев на миллион населения в год, при этом в этиологической структуре на «ОПП на ХБП» приходится 45,6%, ССЗ - 47,4%, пневмонии - 52,5%, а смертность у госпитализированных пациентов может достигать до 72,6% (превышает суммарную смертность от рака молочной железы, рака простаты, сердечной недостаточности и диабета) [4, 10]. Доказанным фактом является, то что незначительное снижение функции почек ассоциировано с повышением риска ССЗ и летальности, а также развитие ССЗ значительно увеличивает количество пациентов с ХБП, по сравнению с общей популяцией (ХБП более чем у 30% больных с ХСН и возрастает по мере тяжести) [2, 5].

На согласительной конференции ADQI в Венеции (2008) С. Ronco и соавт. классифицировали кардиоренальный синдром (КРС) с выделением 5 типов [8]. Наиболее часто встречаются КРС I, II и III типов.

Изучение кардио-ренального сопряжения показало, что в 46,4% случаях возникновение внутрибольничного ОПП обусловлено ОИМ, а ХБП встречается до 49,0%, как сопутствующая патология или осложнение у больных с сочетанием ХСН, АГ, ИБС, СД [9, 10]. КРС I типа ОПП на фоне ОИМ встречается 9-19% случаев, при кардиальном шоке - в 70%, острой декомпенсации ХСН у 24-45% и др., что увеличивает летальность на 10-20%, а количество повторных ИМ - до 28,6% [1, 7].

Таким образом, детальное изучение функционального состояния сердца при КРС поможет разработать своевременную стратегию совместного лечения сердечного и почечного повреждения, предотвращая их взаимное провоцирующее влияние и утяжеление состояния каждого в отдельности.

Цель исследования

Изучить вариации диастолической дисфункции левого желудочка сердца в зависимости от тяжести больных КРС I и III типов.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на клинических базах ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» и ГУ «Комплекс здоровья "Истиклол"» УЗ г. Душанбе, ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗ РТ, на которых функционируют кафедры эфферентной медицины и интенсивной терапии, кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Диагноз КРС выставлялся при наличии у пациента одновременной дисфункции/недостаточности сердца и почек - острый КРС I типа (acute cardiorenal syndrome I), острый КРС III типа (acute renocardial syndrome III). Для установления КРС определялся основной диагноз: ИМ ставился на основании критериев - «3 и 4 универсальное определение инфаркта» Европейского общества кардиологов (ESC 2012, 2016) и «Клинический протокол диагностики и лечения инфаркта миокарда» МЗиСЗН РТ; тяжесть ССН/ХСН оценивали по клиническим рекомендациям ESC (2012, 2016); ОПП классифицировали по стадиям согласно рекомендациям KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes 2012, 2020); стадии ХБП - на основании Национальных рекомендаций «Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению» (2013).

Анализируются и проведены исследования 100 пациентов: с КРС I типа - 50 и КРС III типа - 50. Из общего количества пациентов мужчин оказалось 47 (47,0%), женщин - 53 (53,0%). В городах и ПГТ проживали 49 (49,0%), в селах и поселках - 51 (51,0%); рабочих оказалось 30 (30,0%); служащих и работников интеллектуального труда - 38 (38,0%), безработных - 14 (14,0%), домохозяйек и работающих на дому - 18 (18,0%) человек.

В структуру основных причин возникновения и развития КРС I типа входили: инфаркт миокарда - 20 (40,0%), острая декомпенса-

ция ХСН - 16 (32,0%), острый коронарный синдром - 6 (12,0%), кардиогенный шок - 6 (12,0%), чрескожное коронарное вмешательство - 1 (2,0%), аорто-коронарное шунтирование - 1 (2,0%); структура причин КРС III типа: послеродовое ОПП - 21 (42,0%), сепсис - 9 (18,0%), острый гломерулонефрит - 9 (18,0%), пиелонефрит - 5 (10,0%), острый канальцевый некроз - 4 (8,0%), острая обструкция мочевых путей - 1 (2,0%), стеноз почечных артерий - 1 (2,0%).

У обследуемых пациентов с острым КРС I и III типов в исследуемых группах определена следующая тяжесть сердечной недостаточности по ФВ ЛЖ: с сохраненной ФВ ЛЖ (50% и более) - 22,0% (11) и 26,0% (13) случаев; со средней ФВ ЛЖ (от 40% до 49%) - 42,0% (21) и 52,0% (26); с низкой ФВ ЛЖ (менее 40%) - 36,0% (18) и 22,0% (11) соответственно.

При поступлении в клинику у обследуемых пациентов с КРС I и III типов определяли тяжесть и стадийность ОПП, согласно рекомендациям KDIGO (2012): с КРС I - 1 стадией почечной дисфункции было 16,0% (8); 2 стадией почечного повреждения - 52,0% (26); 3 стадией почечной недостаточности - 32,0% (16); КРС III - 1 стадией - 6,0% (3), 2 стадией - 26,0% (13), 3 стадией - 68,0% (34) соответственно по группам.

Электрокардиография (ЭКГ) выполнялась на 12-канальном аппарате "ARCHIMED, Personal 210" (Esaote, Италия) со стандартным усилением 1мВ.

Эхокардиографические исследования (ЭхоКГ) проводились на аппарате «Аллока-650-SSD» с доплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр Гц, конвективный датчик 3,5 МГц) по общепринятым стандартам в одномерном и двухмерном режимах по общепринятой методике (Шиллер Н., Осипов М.А., 1993; Feigenbaum Н., 1996) в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ.

Оценка диастолической функции ЛЖ проводилась в импульсном режиме по показателям: скорости раннего диастолического наполнения (Е пик см/с); позднего диастолического наполнения (А пик см/с); соотношение скоростей раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А); времени изоволюмического расслабления IVRT (мс).

Выделяли 4 типа ДДФ ЛЖ:

I тип гипертрофический 1 стадия - (Е/А <1, ДТ (мс) >200, IVRT (мс) >95, S/Д 1,6-2,0, А (м/с) 0,21-0,28, Em (см/с) <8, E/Em - 0);

псевдонормальный кровоток 2 стадия - (II тип - Е/А 1-2, ДТ (мс) 150-200, IVRT (мс) 60-95, S/Д <1, А (м/с) ≥0,35, Em (см/с) <8, E/Em - 0);

III тип рестриктивный - ($E/A \geq 2$, ДТ (мс) < 150 , IVRT (мс) < 60 , S/D 0,40, A (м/с) $\geq 0,25$, Em (см/с) < 5 , E/Em > 16) – 3 ст. рестриктивная обратимая и 4 ст. - рестриктивная необратимая.

Полученные результаты статистически обработаны с помощью программ Microsoft Excel 2013 и Statistica for Windows v.13.1 Statsoft Inc. по стандартным методикам вычислений показателей описательной статистики, (критерий Манна-Уитни) (критерий Уилкоксона), различия показателей статистически значимы при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

По результатам исследования анализированных и представленных в таблице данных, у больных КРС I, III типов в зависимости от тяжести патологии выявляется 3 основных типа диастолической дисфунк-

ции левого желудочка сердца или 4 степени ее тяжести.

I тип диастолической дисфункции (гипертрофический) - 1 степень с легкой степенью тяжести, при которой нарушается релаксация с нормальным наполнением левого предсердия, выявлялась ДДЛЖ: при КРС I типа из 50 пациентов в 1.1 подгруппе - у 3, что составило 27,3% ($p < 0,001$) внутри подгруппы и 6,0% ($p < 0,001$) - от общего количества в группе; в 1.2 подгруппе у 6 - 28,6% ($p < 0,001$) и 12,0 % ($p < 0,001$), в 1.3 подгруппе у 4 - 22,2% ($p < 0,001$) и 8,0% ($p < 0,001$) соответственно; при КРС III типа из 50 пациентов в 2.1 подгруппе у 8 - 61,5% ($p < 0,001$) и 16,0% ($p < 0,001$), в 2.2 подгруппе у 10 - 38,5% ($p < 0,001$) и 20,0% ($p < 0,001$), в 2.3 подгруппе у 4 - 36,4% ($p < 0,001$) и 8,0% ($p < 0,001$) (таблица).

Вариации диастолической дисфункции левого желудочка у больных КРС I и III типа при поступлении

| Показатель | Больные КРС n= 100 | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | КРС I тип 1 группа n=50 | | | КРС III тип 2 группа n=50 | | |
| | 1.1 подгруппа n=11 (22,0%) | 1.2 подгруппа n=21 (42,0%) | 1.3 подгруппа n=18 (36,0%) | 2.1 подгруппа n=13 (26,0%) | 2.2 подгруппа n=26 (52,0%) | 2.3 подгруппа n=11 (22,0%) |
| 1ст. гипертрофическая ДДЛЖ | 3 (27,3%) (6,0%) | 6 (28,6%) (12,0%) | 4 (22,2%) (8,0%) | 8 (61,5%) (16,0%) | 10 (38,5%) (20,0%) | 4 (36,4%) (8,0%) |
| 2 ст. псевдонормальная ДДЛЖ | 6 (54,5%) (12,0%) | 9 (42,8%) (18,0%) | 8 (44,4%) (16,0%) | 4 (30,8%) (8,0%) | 9 (34,6%) (18,0%) | 3 (27,3%) (6,0%) |
| 3 ст. рестриктивная Обратимая | 2 (18,2%) (4,0%) | 4 (19,0%) (8,0%) | 3 (16,7%) (6,0%) | 1 (7,7%) (2,0%) | 4 (15,4%) (8,0%) | 2 (18,2%) (4,0%) |
| 4ст. рестриктивная не обратимая | 0 | 2 (9,5%) (4,0%) | 3 (16,7%) (6,0%) | 0 | 3 (11,5%) (6,0%) | 2 (18,2%) (4,0%) |

Примечание: Хи-квадрат Пирсона 0,128. Отношения правдоподобия 0,200. Линейно-линейная связь 0,001* курсив - % к количеству пациентов подгруппы; жирный шифр - % к общему количеству пациентов группе

II тип диастолической дисфункции (псевдонормальный кровоток) со 2 стадией тяжести, у которых отмечается умеренная дисфункция, недостаточное расслабление ЛЖ и повышение давления в ЛП: при КРС I - типа из 50 больных в 1.1 подгруппе у 6 - 54,5% ($p < 0,001$) внутри подгруппы и 12,0% ($p < 0,001$) от общего количества в группе, в 1.2 подгруппе у 9 - 42,8% ($p < 0,001$) и 18,0 % ($p < 0,001$), в 1.3 подгруппе у 8 - 44,4% ($p < 0,001$) и 16,0% ($p < 0,001$); из 50 больных КРС III -типа

в 2.1 подгруппе у 4 - 30,8% ($p < 0,001$) и 8,0% ($p < 0,001$), в 2.2 подгруппе у 9 - 34,6% ($p < 0,001$) и 18,0% ($p < 0,001$), в 2.3 подгруппе у 3 - 27,3% ($p < 0,001$) и 6,0 % ($p < 0,001$) (таблица).

III тип диастолической дисфункции (рестриктивный) среди 100 пациентов КРС I и III типов наблюдаются 2 варианта: с 3-ей стадией тяжелой, но обратимой рестрикцией и выраженным повышением давления ЛП, снижением эластичности и повышением жесткости ЛЖ - 16 пациентов

(16,0%) ($p < 0,001$) от общего количества обследованных; с 4-ой стадией необратимой рестрикцией с резким ухудшением ССН и развитием отека легких – у 10 (10,0%) ($p < 0,001$).

В том числе с 3-ей стадией ДДЛЖ при КРС I типа из 50 больных в 1.1 подгруппе у 2 - 18,2% ($p < 0,001$) внутри подгруппы 4,0% ($p < 0,001$) от общего количества в группе, в 1.2 подгруппе у 4 - 19,0% ($p < 0,001$) и 8,0 % ($p < 0,001$), в 1.3 подгруппе у 3 - 16,7% ($p < 0,001$) и 6,0% ($p < 0,001$); КРС III из 50 больных в 2.1 подгруппе у 1 - 7,7% ($p < 0,001$) и 2,0% ($p < 0,001$), в 2.2 подгруппе у 4 - 15,4% ($p < 0,001$) и 8,0% ($p < 0,001$), в 2.3 подгруппе у 2 - 18,2% ($p < 0,001$) и 4,0% ($p < 0,001$) (таблица).

Также в том числе с 4-ой тяжелой стадией ДДЛЖД и необратимой рестрикцией при КРС I типа из 50 пациентов из 1.1 подгруппе не выявлено, 1.2 подгруппе у 2 - 9,5% ($p < 0,001$) и 4,0% ($p < 0,001$), в 1.3 подгруппе у 3 - 16,7% ($p < 0,001$) и 6,0% ($p < 0,001$); при КРС III - типа из 50 больных в 2.1 подгруппе так же не выявлено, в 2.2 подгруппе у 3 - 11,5% и 6,0%,

в 2.3 подгруппе у 2 - 18,2% ($p < 0,001$) и 4,0% ($p < 0,001$) (таблица).

Из 100 пациентов КРС I и III типов выявлялись различные вариации ДДЛЖ ЛЖ: I тип гипертрофическая ДДЛЖ 1-ой стадии легкой наблюдалась в 35 (35,0%) ($p < 0,001$) случаях, II тип псевдонормальный кровоток ДДЛЖ 2-ой стадии умеренной в 39 (39,0%) ($p < 0,001$), III тип рестриктивный ДДЛЖ тяжелой степени с обратимыми изменениями в 16 (16,0%) ($p < 0,001$), III тип рестриктивный ДДЛЖ 4 стадии тяжелой степени с необратимыми изменениями у 10 (10,0 %) ($p < 0,001$).

Заключение

Таким образом, полученные данные степени выраженности ДДЛЖ у пациентов с КРС I и III типов показали нарастание III рестриктивного варианта ДДЛЖ по мере усугубления тяжести патологии, что требовало индивидуальной коррекции этих нарушений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

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

1. Аксенова М.Е. Механизмы развития кардиоваскулярной патологии при хронических болезнях почек // Практическая медицина. 2018. Т. 16, № 8. С. 21-26.

2. Буланова М.Л., Зайцева В.П., Буланов Н.М. Клиническая характеристика и отдаленные исходы поражения почек у пациентов с острым коронарным синдромом // Нефрология. 2019. Т. 23, № 5. С. 45-46.

3. Гарганеева А.А., Тукиш О.В., Витт К.Н. и др. Хроническая сердечная недостаточность у пациентов, госпитализированных в кардиологический стационар в 2002 и 2021 годах: сравнительный анализ распространенности, клинического течения и медикаментозной терапии. // Кардиология. 2024. Т. 64, № 3. С. 3-10.

4. Клинические рекомендации «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы». Российское кардиологическое общество. М., 2020

5. Комилов Т.Т., Файзуллоев Х.Т., Мурадов А.М., Шумилина О.В., Мурадов А.А. Ультразвуковые структурные изменения почек при инфаркте миокарда в зависимости от стадии острого почечного повреждения // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. 2021. № 3. С. 39-46

6. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т. и др. Клинические рекомендации ОССН - РКО - РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) И Острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение. // Кардиология. 2018. Т. 58, 6S. С. 8-158.

7. Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (2017) // Российский кардиологический журнал. 2018. Т. 23, № 5. С. 103-158.

REFERENCES

1. Aksenova M.E. Mekhanizmy razvitiya kardiovaskulyarnoy patologii pri khronicheskikh boleznyakh pochek [Mechanisms of development of cardiovascular pathology in chronic kidney diseases]. *Prakticheskaya meditsina – Practical medicine*, 2018, Vol. 16, No. 8, pp. 21-26.

2. Bulanova M.L., Zaytseva V.P., Bulanov N.M. Klinicheskaya kharakteristika i otdalennye iskhody porazheniya pochek u patsientov s ostrym koronarnym sindromom [Clinical characteristics and long-term outcomes of renal injury in patients with acute coronary syndrome]. *Nefrologiya – Nephrology*, 2019, Vol. 23, No. 5, pp. 45-46.

3. Garganeeva A.A., Tukish O.V., Vitt K.N. Khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost u patsientov, gospitalizirovannykh v kardiologicheskiiy statsionar v 2002 i 2021 godakh: sravnitelnyy analiz rasprostranennosti, klinicheskogo techeniya i medikamentoznoy terapii [Chronic heart failure in patients hospitalized in 2002 and 2021: comparative analysis of prevalence, clinical course and drug therapy]. *Kardiologiya - Cardiology*, 2024, Vol. 64, No. 3, pp. 3-10.

4. Rossiyskoe kardiologicheskoe obshchestvo. Ostryy infarkt miokarda s podemom segmenta ST elektrokardiogrammy: klinicheskie rekomendatsii [Russian society of cardiology. Acute myocardial infarction with ST segment elevation of the electrocardiogram: clinical guidelines]. Moscow, 2020.

5. Komilov T.T., Fayzulloev Kh.T., Muradov A.M., Shumilina O.V., Muradov A.A. Ultrazvukovye strukturnye izmeneniya pochek pri infarkte miokarda v zavisimosti ot stadii ostrogo pochechnogo povrezhdeniya [Ultrasound structural changes of the kidneys in case of myocardial infarction, depending on the stage acute renal injury]. *Meditsinskiy vestnik Natsionalnoy akademii nauk Tadjikistana – Medical Bulletin of the National Academy of Sciences of Tajikistan*, 2021, No. 3, pp. 39-46
6. Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T. Klinicheskie rekomendatsii OSSN - RKO - RNMOT. Serdechnaya nedostatochnost: khronicheskaya (KHSN) i Ostraya dekompenirovannaya (ODSN). Diagnostika, profilaktika i lechenie [Russian Heart Failure Society, Russian Society of Cardiology. Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine Guidelines for Heart failure: chronic (CHF) and acute decompensated (ADHF)]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2018, Vol. 58, No. 6S, pp. 8-158.
7. Rekomendatsii EOK po vedeniyu patsientov s ostrym infarktom miokarda s podemom segmenta ST (2017) [ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation (2017)]. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal – Russian journal of cardiology*, 2018, Vol. 23, No. 5, pp. 103–158.
8. Ronco C., Bellasi A., Di Lullo L. Cardiorenal Syndrome: An Overview. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 2018, Vol. 25, No. 5, pp. 382-390.
9. Ronco C., Bellasi A., Di Lullo L. Implication of Acute Kidney Injury in Heart Failure. *Heart Failure Clinics*, 2019, Vol. 15, No. 4, pp. 463-476.
10. Ronco C., Bellomo R., Kellum J.A. Acute kidney injury. *Lancet*, 2019, Vol. 102, No. 394, pp. 1949-1964.

Сведения об авторах:

Мурадов Алишер Мухторович – зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПО-вСЗ РТ, д.м.н., профессор; тел.: (+992) 900730110; e-mail: AlisherMuradov@mail.ru

Мухамедова Умеда Махмудовна – врач эхокардиографии, стресс-эхокардиографии, транспищеводной эхокардиографии ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”, соискатель ученой степени д.м.н. ГУ ГНЦРиД УЗ г. Душанбе; тел.: (+992) 077402121

Нозиров Джамшед Ходжиевич – профессор кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПО-вСЗ РТ, д.м.н., доцент; тел.: (+992) 909697002

© Коллектив авторов, 2024

УДК 614.23/25+301.152.;612.017.1.;351.774.7+615.371+578.27(575.3)

¹Мухсинзода Г.М., ²Рузиев М.М., ²Мирзоалиев Ю.Ю.,
²Сатторова М.Х., ³Шарипов А.А.

КОЛЛЕКТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ НА ФОНЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19 СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН К НОЯБРЮ 2023 ГОДА

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

²ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»
МЗиСЗН РТ

³ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

¹Mukhsinzoda G.M., ²Ruziev M.M., ²Mirzoaliev Y.Y.,
²Sattorova M.Kh., ³Sharipov A.A.

QUANTITATIVE ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF THE UTERINE ARTERY AND FALLOPIAN TUBE

¹State Institution «Republican Scientific Centre for Cardiovascular Surgery»

²State Institution «Tajik Research Institute of Preventive Medicine» of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

³State Educational Establishment of State Educational Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Оценка популяционного иммунитета к вирусу COVID-19 среди медицинских работников Республики Таджикистан в условиях постпандемии COVID-19.

Материал и методы. Проведен вирусологический анализ на иммунитет вирусу COVID-19 среди 2000 медицинских работников в пяти городах Республики Таджикистан: Душанбе, Худжанд (Согдийская область), Бохтар, Куляб (Хатлонская область) и Вахдат (РРП).

Определение наличия антител (АТ) в крови перенесших COVID-19 выполнено методом определений уровня двух антигенов вируса (АГ): нуклеокапсиду (Nc) и рецептор-связывающему домену S-белка (RBD).

Результаты. Суммарная серопревалентность (наличие АТ к одному из антигенов или их сочетания) к SARS-CoV-2 у обследованных медицинских работников составила 79,1% (95%; ДИ 74,5-88,8), антитела отсутствовали у 418 респондентов (20,9%).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высоком коллективном иммунитете среди медицинских работников и можно предположить, что одним из вероятных факторов формирования высокоустойчивого коллективного иммунитета могло быть одновременное использование нескольких вакцин, произведенных на разных платформах.

Ключевые слова: COVID-19, вакцинация, коллективный иммунитет, медицинские работники

Aim. Assessment of population immunity to the COVID-19 virus among medical workers of the Republic of Tajikistan in the post-COVID-19 pandemic.

Material and methods. A virological analysis of immunity to the COVID-19 virus was conducted among 2,000 health workers in five cities of the Republic of Tajikistan: Dushanbe, Khujand (Sughd region), Bokhtar, Kulob (Khatlon region) and Vahdat (RRS). The presence of antibodies (AT) in the blood of those who have had COVID-19 was determined by determining the level of two viral antigens (AG): nucleocapsid (Nc) and the receptor-binding domain of the S protein (RBD).

Results. The total seroprevalence (presence of antibodies to one of the antigens or a combination thereof) to SARS-CoV-2 in the examined medical workers was 79,1% (95% CI 74.5-88,8), antibodies were absent in 418 respondents (20,9%).

Conclusion. The results obtained indicate high herd immunity among medical workers and it can be assumed that one of the likely factors in the formation of highly stable herd immunity could be the simultaneous use of several vaccines produced on different platforms.

Key words: COVID-19, vaccination, collective immunity, medical health workers

Актуальность

В странах Восточной Европы и Центральной Азии, куда входит и Республика Таджикистан, уровень заболеваемости COVID-19 находится на низком уровне. Самая низкая заболеваемость наблюдается в странах Океании и Африки – 2,0%. В Таджикистане показатели заболеваемости за последние 2 года варьируют от 39,1 до 2,8 на 100 тыс. населения. Самый высокий показатель за последние 3 года был зарегистрирован в 2020 г. (142,8). К одним из основных факторов риска развития COVID-19 в условиях Таджикистана относятся миграция населения и в последующем распространение среди контактных лиц [1, 2].

Первый случай заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) среди граждан РТ зарегистрирован 30 апреля 2020 г., а в период развертывания подготовительных мер в стране были объявлены меры ограничения (закрыты предприятия общественного питания, торговые точки по продаже непродовольственных товаров, мечети, детские сады, школы и вузы).

Гражданам было рекомендовано соблюдение масочного режима в общественных местах, соблюдение личной гигиены, социальной дистанции и использование дезинфицирующих средств (антисептики) для рук. Пик заражения SARS-CoV-2 в РТ пришелся на середину мая и первую декаду июня 2020 г., когда за сутки регистрировали от 80 до 210 заболевших COVID-19.

Учитывая постепенную стабилизацию эпидемической ситуации, с 15 июня 2020 г. ограничительный режим был смягчен. Вещевые рынки, торговые центры, рестораны, гостиницы, санатории, салоны красоты и некоторые другие учреждения возобновили свою деятельность, но с обязательным условием проведения регулярной дезинфекции помещений, контроля соблюдения социальной дистанции и выполнения других санитарно-гигиенических норм.

В общем, с начала пандемии до сегодняшнего дня Таджикистан перенес три волны эпидемии COVID-19. Первая волна - с апреля по декабрь 2020 года (76,5% случаев), вторая волна - с июня по ноябрь 2021 года (21,8% случаев) и третья волна - с января по начало марта 2022 года (1,7% случаев). В итоге на ко-

нец февраля 2022 года по стране, используя потенциал 22 ПЦР лабораторий (15 государственных и 7 частных), зарегистрировано 17388 случаев с 124 летальными исходами. Начиная с 20 февраля 2022 г., в РТ официально не регистрируются случаи COVID-19 [2].

Анализ возрастной структуры показал, что основная доля заболевших приходилась на возрастную группу 40–60 лет (42,6%). Среди заболевших преобладали мужчины (65%). Концентрация больных фиксировалась в крупных городах и районах со значительным количеством населения и достаточно развитой инфраструктурой. В сельских районах количество больных зависело от имеющих в анамнезе выезд за пределы территории или контакт с приезжающими из городов или из зарубежья сограждан.

Проведение серологического мониторинга с целью изучения иммунитета к вирусу SARS CoV-2 в условиях пост-пандемии COVID-19 является необходимым элементом эпидемиологического надзора, поскольку эпидемиологическое благополучие медицинских работников в отношении COVID-19 определяется состоянием иммунитета к вирусу SARS CoV-2. Информация о состоянии иммунитета необходима для разработки прогноза развития эпидемиологической ситуации, а также планирования мероприятий по специфической и неспецифической профилактики COVID-19. Коллективный иммунитет популяции является лимитирующим фактором в отношении распространения вируса SARS CoV-2. В этой связи исследование иммунитета в период пандемии/пост-пандемии необходимо для прогноза развития эпидемии в отдельно взятом регионе и/или в стране в целом, выявления особенностей эпидемического процесса [3].

Результатом перенесённых COVID-19 или вакцинации является формирование антител (АТ) преимущественно к двум основным антигенам (АГ): нуклеокапсиду (Nc) и рецептор-связывающему домену S-белка (RBD) в силу их максимальной представленности во время инфекционного или поствакцинального процессов. Оценка гуморального иммунитета медицинских работников включала определение серопревалентности антител к Nc и RBD как в целом в когорте волонтеров, так и в различных возрастных группах среди

жителей отдельных регионов, включенных в исследование, а также в профессиональных группах [4, 5].

Цель исследования

Оценка популяционного иммунитета к вирусу COVID-19 среди медицинских работников Республики Таджикистан в условиях пост-пандемии COVID-19.

Материал и методы исследования

Проведен вирусологический анализ на иммунитет к вирусу COVID-19 среди 2000 медицинских работников в пяти городах Республики Таджикистан: Душанбе, Худжанд (Согдийская область), Бохтар, Куляб (Хатлонская область) и Вахдат (РПП).

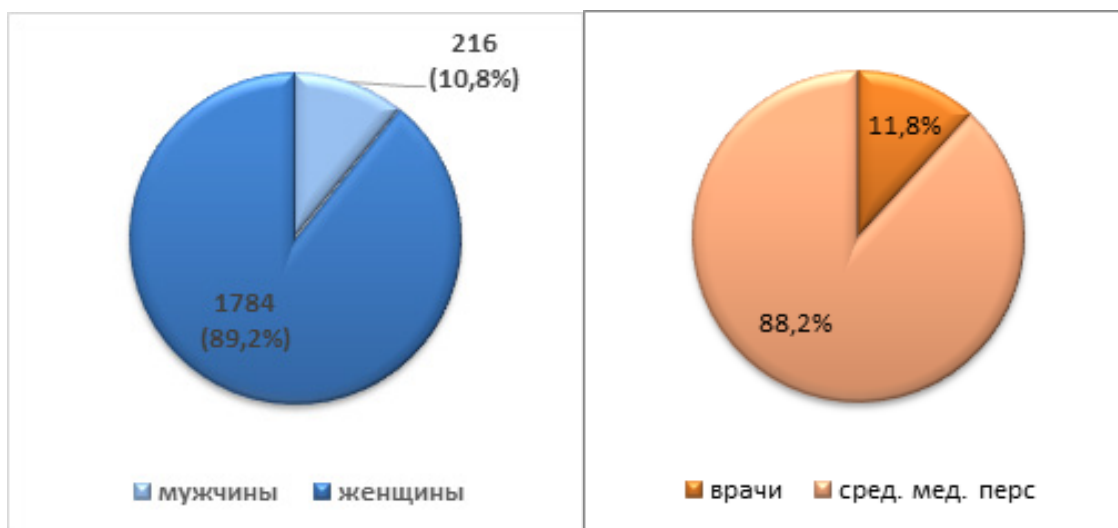
Наличие формирования антител (АТ) к вирусу проведено методом определения наличия двух антигенов (АГ): к нуклеокапсиду (Nc) и рецептор-связывающему домену S-белка (RBD).

Результаты и их обсуждение

Согласно калькулятору, созданному на основе методик К.А. Отдельновой (1980) и М. Bland (2000), в Республике Таджикистан

была сформирована когорта медицинских работников численностью 2000 человек. По численности все возрастные группы медицинских работников были сопоставимы и включали от 8 до 540 человек. Анализ по возрастам свидетельствует о том, что в среднем доля женщин и мужчин в возрасте 30-39 лет составляла 32,4%, 18-29 лет – 27,0%, а на женщин и мужчин в возрасте 60-69 приходилось 3,9%. Наряду с названными группами в исследовании участвовали женщины и мужчины в возрасте 70 лет и старше. Их численность составила 8 человек, то есть 0,4%.

Результаты исследования показывают, что соотношение мужчин и женщин составило 216 (10,8%) и 1784 человек (89,2%) соответственно, т.е. женщины участвовали в исследовании активнее, чем мужчины, кроме того, численность среднего медицинского персонала, участвовавшего в исследовании, оказалась намного выше, по сравнению с врачами. Данная ситуация свидетельствует об относительно низкой степени участия врачей в исследовании (рис.).



Распределение обследуемых медицинских работников по полу и уровню образования

На момент исследования все медицинские работники были вакцинированы. Вакцинация в Таджикистане проводилась широким набором разнообразных вакцин, имевшихся на тот момент в наличии. Вакцины, использованные для иммунопрофилактики среди населения Таджикистана, можно разделить на две основные группы по составу входящих в них иммуногенов и, соответственно, виду индуцируемых антител (табл. 1).

Вакцины, индуцирующие выработку антител к RBD - векторные (AstraZeneca, Спутник V) и mRNA-вакцины (Pfizer и

Moderna). Суммарная численность лиц, вакцинированных ими, составила 2000 человек. Более половины привитых лиц использовали AstraZeneca и Pfizer, около 23,2% - CoronaVac, 9,0% - Moderna, на остальные вакцины приходилось от 0,8% до 1,4%. Во время исследования вакцину Спутник (V) получили единичные медицинские работники.

Согласно данным лаборатории, обследованные медицинские работники пилотных сайтов в 79,1% случаев имели антитела класса IgG к COVID-19, антитела отсутствовали у 418 респондентов (20,9%).

Таблица 1

**Вакцинные препараты, использованные для профилактики COVID-19
среди медицинских работников**

| Наименование | Тип вакцины | Вакцинировано | |
|----------------------------|-----------------|---------------|--------------------------|
| | | количество | % (95% ДИ ¹) |
| <i>AstraZeneca</i> | Векторная (RBD) | 712 | 35,6 (33,5-36,7) |
| <i>Pfizer</i> | mРНК | 602 | 30,1 (29,3-31,4) |
| <i>CoronaVac (SinoVac)</i> | Цельновирионная | 463 | 23,2 (22,5-23,9) |
| <i>Moderna</i> | mРНК | 179 | 9,0 (8,8-9,2) |
| <i>Спутник (V)</i> | Векторная (RBD) | 28 | 1,4 (1,0-2,0) |
| <i>Неизвестная2</i> | - | 16 | 0,8 (0,5-1,3) |
| Всего | - | 2000 | 100,0 |

Примечание: ДИ¹-достоверный интервал,2при опросе медперсонал не смог указать вид использованной вакцины

Таблица 2

**Популяционное исследование на наличие антител к COVID-19
среди медицинских работников**

| Регион | Всего обследовано | Положительно | % |
|----------------|-------------------|--------------|--------------|
| <i>Душанбе</i> | 400 | 355 | 88,8% |
| <i>Бохтар</i> | 400 | 316 | 79,0% |
| <i>Куляб</i> | 400 | 298 | 74,5% |
| <i>Вахдат</i> | 400 | 313 | 78,3% |
| <i>Худжанд</i> | 400 | 300 | 75,0% |
| Всего | 2000 | 1582 | 79,1% |

Согласно данным лаборатории, обследованные медицинские работники пилотных сайтов в 79,1% случаев имели антитела класса IgG к COVID-19, антитела отсутствовали у 418 респондентов (20,9%).

Если рассматривать по каждому региону отдельно, то самый высокий процент антител класса IgG к COVID-19 выявлен среди медработников города Душанбе и составил 88,8%. В остальных регионах показатели выявленных IgG антител были почти одинаковые: в г. Бохтаре показатель IgG составил 79,0%, в Кулябе - IgG антитела выявлены у 74,5 %, в Вахдате – у 78,3% и в Согдийской области показатель IgG-антител составил 75,0%.

Существенным фактором, определяющим риски инфицированности SARS-CoV-2 и серопревалентности АТ против возбудителя, может быть род занятий, анализ которых был значимой частью исследований, проведенных в Республике Таджикистан, в том числе среди медицинских работников.

Антитела к Nc имели 79,1% (95%, ДИ 74,5-88,8) медицинских работников, серопревалентность антител к Nc и RBD статистически

достоверно не отличалась в различных возрастных группах. У большинства медицинских работников (75,0-79,0%) вне зависимости от возраста гуморальный иммунитет представлен антителами одновременно к двум антигенам. При анализе напряженности иммунитета выявлено, что уровень антител к Nc у большинства медицинских работников (около 40%) вне зависимости от возраста находился на низком уровне (32-124 ВАУ/мл). Доля лиц с очень низким (17-31 ВАУ/мл) и средним (125-332 ВАУ/мл) уровнями в когорте составила 15,2% (95% ДИ 13,9-16,5) и 17,0% (95% ДИ 15,7-18,4), а с высоким и очень высоким – не превышала 8%.

Заключение

Суммарная серопревалентность к SARS-CoV-2 у обследованных медицинских работников составила 79,1%, не выявлены статистически значимые различия среди медицинских работников разного возраста, проживающих в различных регионах. Гуморальный иммунитет более чем у 80% медицинских работников представлен одновременно антителами к двум антигенам,

причем уровни антител к Nc не зависели от возраста и у большинства медицинских работников находились на низком уровне. Напротив, уровни антител к RBD у большинства отмечены на высоком уровне.

Вид вакцин, преимущественно используемых в республике, не зависел от возрастной и профессиональной принадлежности и места проживания. Все медицинские работники были вакцинированы. Для иммунопрофилактики от COVID-19 преимущественно использовали вакцины, индуцирующие выработку антител к RBD: векторную AstraZeneca и mRNA-вакцины (Pfizer и Moderna).

Характерной ситуацией в Республике Таджикистан является высокий охват вакцинацией и, соответственно, практически абсолютный уровень гуморального иммунитета к SARS-CoV-2 – 79,1% (95% ДИ 74,5-88,8), необходимый для прекращения эпидемического распространения COVID-19.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-5 см. в REFERENCES)

1. Временное руководства по профилактике, диагностики, лечению и реабилитации больных с COVID-19 в разные периоды болезни в амбулаторных и стационарных условиях. Душанбе: Шарки Озод, 2021. 145 с.

2. Временные методические рекомендации «Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Душанбе: Шарки Озод, 2023. 125 с.

REFERENCES

1. *Vremennoe rukovodstva po profilaktike, diagnostiki, lecheniyu i reabilitatsii bolnykh s COVID-19 v raznye periody bolezni v ambulatornykh i statsionarnykh usloviyakh* [Interim guidance on the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with COVID-19 in different periods of the disease in outpatient and inpatient settings]. Dushanbe, Sharki Ozod Publ., 2021. 145 p.

2. *Vremennye metodicheskie rekomendatsii «Meditsinskaya reabilitatsiya pri novoy koronavirusnoy infektsii (COVID-19)»* [Temporary guidelines "Medical rehabilitation for new coronavirus infection (COVID-19)"]. Dushanbe, Sharki Ozod Publ., 2023. 125 p.

3. Harrison D., Muradali K., El Sahly H. Impact of the SARS-CoV-2 pandemic on healthcare workers. *Hospital Practice*, 2020, Vol. 48, No. 4, pp. 161-164.

4. Popova A.Y., Kasyimov O.T., Smolenski V.Y. SARS CoV 2 herd immunity of the Kyrgyz population in 2021.

Исходя из результатов анализа напряженности иммунитета, можно заключить, что уровень антител к Nc у большинства медицинских работников (около 40%) вне зависимости от возраста находился на низком уровне (32-124 ВАУ/ml). Доля лиц с очень низким (17-31 ВАУ/ml) и средним (125-332 ВАУ/ml) уровнями в когорте составила 15,2% (95% ДИ 13,9-16,5) и 17,0% (95% ДИ 15,7-18,4), а с высоким и очень высоким – не превышала 8%.

Можно предположить, что некоторые медработники, возможно, между вакцинациями переболели COVID-19 и/или повторно не были привиты. На этот процесс также повлиял уровень осведомленности не только медработников, но и общего населения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Medical Microbiology and Immunology, 2022, Vol. 211, No. 4, pp. 195-210.

5. Randolph H.E., Barreiro L.B. Herd Immunity: Understanding COVID-19. *Immunity*, 2020, Vol. 52, pp. 737-741.

Сведения об авторах:

Мухсинода Гафур Мухсин – научный консультант Государственного учреждения «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», д.м.н.

Рузиев Муродали Мехмондустович – директор Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», д.м.н.; тел.: (+992) 918713266

Мирзоалиев Юнусджон Юсуфалиевич – научный сотрудник ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗиСЗН РТ, к.м.н.; тел.: (+992) 939999026; e-mail: yunus.mirzoaliev@gmail.com

Сатторовва Муяссара Хабибулаевна – зав. иммунологической лабораторией Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», к.м.н.

Шарипов Азалиш Абдурахмонович – зав. кафедрой инфекционных болезней ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; тел.: (+992) 918697915

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616.006;612.396.31;616-073;613.24

Назирова Н.К., Абдулхаева Ш.Р.,
Воситзаде З.Ф., Салимова М.Д.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Z-ШКАЛ В ГУ ГЦЗ №1 Г. ДУШАНБЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Nazirova N.K., Abdulkhaeva Sh.R.,
Vositzade Z.F., Salimova M.D.

RESULTS OF ASSESSMENT OF CHILDREN PHYSICAL DEVELOPMENT OF THE FIRST YEAR OF LIFE USING Z-SCORES IN THE STATE INSTITUTION CITY HEALTH CENTER №1 OF DUSHANBE

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

Цель исследования. Оценить показатели физического развития детей первого года жизни с использованием шкалы Z-score в практике семейного врача (СВ) на уровне ПМСПв ГЦЗ №1 г. Душанбе Республики Таджикистан.

Материал и методы. Проведена ретроспективная оценка антропометрических показателей (роста и массы тела, отношения массы тела к росту) выборочно у 326 детей - мальчиков - 190 (58,3%), девочек - 136 (41,0%) - в возрасте до 1 года за 3 месяца 2023 г. с использованием данных, зафиксированных в журнале регистрации доврачебного кабинета в ГЦЗ №1 г. Душанбе.

Для оценки показателей физического развития детей и выяснения пропорциональности антропометрических данных (отношения массы тела к росту) были использованы соответствующие шкалы Z для роста, массы и соотношения массы тела к росту с определением стандартных отклонений (СО) в зависимости от пола детей (мальчики и девочки).

Результаты. Количество детей, физическое развитие которых соответствовало возрастной норме (значения СО в диапазоне от -1Z до +1Z) составило 66,3% (216): мальчиков - 35,9% (117), девочек - 30,4% (99). Количество детей с нарушением питания, белково-энергетической недостаточностью легкой степени (СО в диапазоне от -1Z до -2Z) составило 14,4% (47): среди них больше мальчиков - 9,8% (32), чем девочек - 4,6% (15). Развитие детей, вошедших в этот диапазон значений СО, оценивается как группа риска, такие дети нуждаются в индивидуальном анализе причин выявленных отклонений и динамическом наблюдении СВ. Количество детей с показателями СО от -2Z до -3Z (умеренная острая недостаточность питания) составило 1,5% (5): мальчиков - 0,6% (2), девочек - 0,9% (3). Количество детей с показателем СО за пределами кривой -3Z (тяжелая острая недостаточность питания) составило 1,8% (6): мальчиков - 1,5% (5), девочек - 0,3% (1). Таким детям требуется срочная (немедлительная) помощь, госпитализация, дообследование, адекватное лечение и обязательное динамическое наблюдение СВ и/или специалиста.

Заключение. Использование шкалы Z-score в практике СВ на уровне ПМСП позволяет оценить физическое развитие детей, оценить статус питания, выявить детей с отклонениями в физическом развитии, определить дальнейшую тактику ведения, позволяет отслеживать развитие ребенка в динамике. Дети, имеющие отклонения, подлежат дополнительному обследованию, госпитализации (при необходимости), диспансерному наблюдению СВ и консультации специалистов.

Ключевые слова: стандартное отклонение, Z-шкала, параметры физического развития, антропометрия, рост и масса тела, отношение массы тела к росту, оценка физического развития, отклонения в физическом развитии, острая недостаточность питания, избыточная масса тела, ожирение

Aim. To evaluate indicators of children physical development of the first year of life using the Z-score scale in the practice of a family doctor (GP) at the primary health care level in the City Health Center No.1 in Dushanbe, Republic of Tajikistan.

Material and methods. A retrospective assessment of anthropometric indicators (height and weight, weight-to-height ratio) was carried out selectively in 326 children under the age of 1 year for 3 months of 2023 using data recorded in the registration log of the pre-medical room in the City Health Center No.1 in Dushanbe. To assess the indicators of children physical development and determine the proportionality of anthropometric data (weight-to-height ratio), the corresponding Z scales for height, weight and weight-to-height ratio were used to determine standard deviations (SD) depending on the children gender (boys and girls).

Results. Among the examined 326 children, 190 (58.3%) were boys and 136 (41.0%) were girls. The number of children whose physical development corresponded to the age norm (SD values in the range from -1Z to +1Z) was 66,3% (216), among them 35,9% (117) boys, 30,4% (99) girls. The number of children with malnutrition and mild protein-energy malnutrition (SD ranging from -1Z to -2Z) was 14,4% (47), among them there were more boys 9,8% (32) than girls 4,6 % (15). The development of children included in this range of SD values is assessed as a risk group; such children require an individual analysis of the causes of identified deviations and dynamic monitoring of SD. The number of children with SD indicators from -2Z to -3Z (moderate acute malnutrition) was 1,5% (5), boys 0,6% (2), girls 0,9% (3). The number of children with SD lower than -3Z curve (severe acute malnutrition) was 1,8% (6), boys 1,5% (5), girls 0,3% (1). Such children require urgent (immediate) help, hospitalization, further examination, adequate treatment and mandatory dynamic monitoring by a GP and/or specialist.

Conclusion. The using of the Z-score scale in the practice of GP at the primary health care level allows to assess the children physical development, assess nutritional status, identify children with deviations in physical development, determines further management tactics, and allows to monitor the child's development over time. Children with deviations are subject to additional examination, hospitalization (if necessary), regular medical checkup by a GP, and consultation with specialists.

Key words: *standard deviation, Z-score, parameters of physical development, anthropometry, height and weight, weight-to-height ratio, assessment of physical development, deviations in physical development, acute malnutrition, overweight, obesity*

Актуальность

Одним из ключевых параметров, отражающих состояние здоровья детей, является физическое развитие. Физическое развитие – это динамический процесс увеличения роста (длины) и массы тела, развития отдельных частей тела и биологического созревания ребенка в различные периоды детства [1, 2, 5]. Наиболее информативные критерии оценки физического развития ребенка – это масса тела, длина тела (рост), окружность головы, окружность грудной клетки и пропорциональность этих показателей, они являются главными объективными индикаторами состояния здоровья детей [2, 4, 6, 8].

Исследование физического развития – самый полезный инструмент для определения здоровья и пищевого статуса у детей, уровень физического развития ребенка является одним из объективных показателей состояния его здоровья, одним из важных факторов в адаптации детского организма как здорового, так и больного [1, 5, 6].

Мониторинг физического развития ребенка является одним из наиболее важных аспектов оценки его здоровья, позволяющий рано выявлять проблемы, которые можно предупредить и лечить [3, 5, 7]. Таким образом, правильная оценка физического развития детей играет важную роль при оказании

медицинской помощи, определяет ход дальнейшего медицинского наблюдения, тактику ведения, рекомендации по образу жизни и другие меры по укреплению здоровья ребенка. Динамика изменений показателей физического развития, особенно в первый год жизни ребенка, является основным объективным проявлением - индикатором, который позволит семейному врачу своевременно выявить имеющиеся отклонения в развитии и определить дальнейшую тактику ведения и наблюдения данного ребенка [4, 6].

Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует использовать Z-шкалы для оценки физического развития детей [5, 6, 9]. Значения антропометрических показателей на графиках и в таблицах представлены в виде медианы и «числа Z стандартных отклонений» (СО – стандартное отклонение – англ. *standard deviation, SD*). Цифровое выражение темпов роста представлено в виде графиков и таблиц с возрастным шагом в 1 месяц. Метод нормативной оценки основан на расчете числа стандартных отклонений, на которое исследуемый показатель отличается от медианы стандартной популяции, данную величину и принято называть Z-score [5, 6, 9].

Антропометрические данные каждого ребенка характеризуются своей величиной Z-score. Если данные антропометрии ребенка

меньше медианы стандарта (Z_0), то Z -score будет иметь соответственно отрицательную величину ($-1Z, -2Z, -3Z$), что может свидетельствовать о наличии у ребенка низкой массы тела, низкорослости, гипотрофии или гипостатуры. Если показатели выше медианы, то Z -score будет положительным ($+1Z, +2Z, +3Z$), что выявляет высокорослость, паратрофию, избыточный вес или ожирение [6, 7].

Величину Z -score рассчитывают для трех показателей: масса тела для возраста, длина тела для возраста, масса тела для длины тела. Особое значение анализ Z -score имеет для оценки физического статуса детей с низким весом, гипотрофией, острым нарушением питания, позволяет отслеживать развитие ребенка в динамике [3, 6, 9]. По соотношению хронологического возраста и гармоничности развития врач может спрогнозировать развитие заболеваний эндокринной, пищеварительной, костно-мышечной и других систем и своевременно скорректировать обнаруженные отклонения [1, 3, 4, 6].

Цель исследования

Оценить показатели физического развития у детей первого года жизни с использованием шкалы Z -score в практике семейного врача (СВ) на уровне ПМСП в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования

Проведена ретроспективная оценка антропометрических показателей (роста и массы тела, отношения массы тела к росту) выборочно у 326 детей в возрасте до 1 года, находящихся под наблюдением СВ, за 3 месяца 2023 г. с использованием данных, зафиксиро-

ванных в журнале регистрации доврачебного кабинета в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе.

Методика определения и оценка показателей физического развития выборки детей в возрасте до 1 года проводилась ретроспективно с использованием антропометрических показателей (роста, массы тела), зафиксированных в журнале регистрации доврачебного кабинета, за 3 месяца в 2023 году. Для оценки показателей физического развития детей и выяснения пропорциональности антропометрических данных (отношения веса к росту) были использованы соответствующие шкалы Z для роста, массы и соотношения массы к росту с определением стандартных отклонений (СО) в зависимости от пола детей (мальчики и девочки).

Метод статистической обработки данных: статистический анализ данных осуществлялся с помощью использования компьютерных программ, таких как приложение MS Excel из пакета офисных программ компании Microsoft (MS Office) и специальной программы Stata для статистического анализа. Полученные количественные данные подверглись вычислению процентного отношения, что позволило провести сравнительный анализ и установить процентное отношение между испытуемыми, отнесенными к той или иной группе.

Результаты и их обсуждение

Среди обследованных 326 детей количество мальчиков составило 190 (58,3%, девочек – 136 (41,%) человек. Распределение детей по результатам полученных значений СО в зависимости от массы тела к длине (росту) ребенка представлено в таблице.

СО в зависимости от массы тела к длине у обследованных детей

| Значения стандартного отклонения (СО) Z - score - Масса тела для длины тела | Количество обследованных детей первого года жизни | | | | | |
|---|---|-------------|------------|-------------|------------------|--------------|
| | мальчики | | девочки | | общее количество | |
| | абс | % | абс | % | абс | % |
| Значения СО соответствуют медиане Z_0 | 22 | 6,7 | 24 | 7,4 | 46 | 14,1 |
| Значения СО в диапазоне от Z_0 до $+1Z$ | 43 | 13,2 | 40 | 12,3 | 83 | 25,5 |
| Значения СО в диапазоне от $+1Z$ до $+2Z$ | 22 | 6,8 | 15 | 4,6 | 37 | 11,4 |
| Значения СО в диапазоне от $+2Z$ до $+3Z$ | 9 | 2,8 | 2 | 0,6 | 11 | 3,4 |
| Значения СО в диапазоне от $+3Z$ и выше | 3 | 0,9 | 1 | 0,3 | 4 | 1,2 |
| Значения СО в диапазоне от Z_0 до $-1Z$ | 52 | 16,0 | 35 | 10,7 | 87 | 26,7 |
| Значения СО в диапазоне от $-1Z$ до $-2Z$ | 32 | 9,8 | 15 | 4,6 | 47 | 14,4 |
| Значения СО в диапазоне от $-2Z$ до $-3Z$ | 2 | 0,6 | 3 | 0,9 | 5 | 1,5 |
| Значения СО в диапазоне от $-3Z$ и ниже | 5 | 1,5 | 1 | 0,3 | 6 | 1,8 |
| Всего | 190 | 58,3 | 136 | 41,7 | 326 | 100,0 |

Количество детей с нормальной массой тела по отношению к длине тела, т.е. значения SO в диапазоне от $-1Z$ до $+1Z$, составило большую часть $-66,3\%$ от общего количества обследованных детей (216), среди них мальчиков $35,9\%$ (117), девочек $30,4\%$ (99). Из них у $14,1\%$ (46) значения SO соответствовало медиане (Z_0), у $25,5\%$ (83) - SO в диапазоне от Z_0 до $+1Z$, у $26,7\%$ (87) - SO в диапазоне от Z_0 до $-1Z$. Физическое развитие детей в данной группе соответствует возрастной норме, тем не менее, семейный врач (СВ) должен определить наличие возможных факторов риска, которые потенциально могут привести к проблемам развития ребёнка с тем, чтобы проводить профилактическую работу в семье для их предупреждения.

Если показатель физического развития ребенка приходится на область значений SO между $-1Z$ и $-2Z$, то это расценивается как нарушение питания - белково-энергетическая недостаточность питания (БЭН) легкой степени или гипотрофия легкой степени. Количество таких детей составило $14,4\%$ (47), среди них больше мальчиков - $9,8\%$ (32), чем девочек - $4,6\%$ (15). Развитие детей, вошедших в этот диапазон значений SO , оценивается как группа риска, такие дети нуждаются в индивидуальном анализе причин выявленных отклонений и динамическом наблюдении СВ, который должен определить наличие как вероятных факторов риска, так и уже имеющихся проблем с питанием, таких как неправильное кормление грудью, несоблюдение основных правил грудного вскармливания; неадекватная неспецифическая и/или специфическая профилактика рахита; несвоевременное, нерациональное и неправильное введение прикорма или докорма; несвоевременная диагностика и неадекватное лечение латентно текущих фоновых заболеваний и у ребенка, и у матери.

Среди обследованных выявлено $1,5\%$ (5) детей с показателями SO в диапазоне от $-2Z$ до $-3Z$ (в данном случае ребенок расценивается худым), количество мальчиков составило $0,6\%$ (2), девочек - $0,9\%$ (3). Это состояние определяется как умеренная острая недостаточность питания, или БЭН средней тяжести, или гипотрофия умеренной степени. Таким детям нужно своевременно оказать соответствующую помощь: выявить и откорректировать имеющиеся проблемы кормления; ребенок должен получить своевременное и адекватное лечение в соответствии с имеющимися или часто латентно протекающими заболеваниями, такими как анемия, глистная инвазия, ОРИ, диарея, ИМП и др.

Следовательно, ребенок обязательно должен быть дообследован с проведением рутинных анализов (общий анализ крови, мочи, кала), также при необходимости следует выявить вирусные заболевания, которые могут влиять на физическое и психическое развитие ребенка как внутриутробно, так и после его рождения (ЦМВ, вирус Эбштейна-Барра и др.). При выявлении каких-либо проблем такой ребенок должен своевременно получить надлежащие рекомендации и соответствующее лечение, при необходимости решается вопрос о госпитализации, ребенок должен находиться на регулярном динамическом наблюдении у СВ и/или профильного специалиста [6].

Если показатель SO приходится на область за пределами кривой $-3Z$, то этот ребенок расценивается крайне худым. Состояние питания в данном случае расценивается как тяжелая острая недостаточность питания, тяжелая БЭН или тяжелая гипотрофия. Количество таких детей составило $1,8\%$ (6), среди них мальчиков было $1,5\%$ (5), девочек - $0,3\%$ (1). Данному ребенку требуется срочная (незамедлительная) помощь, госпитализация, дообследование в условиях стационара (диагностика пищевой аллергии, ИМП, целиакии, воспалительных заболеваний кишечника, муковисцидоза и др. состояний негативно влияющих на питание), адекватное лечение и обязательно последующее непрерывное динамическое наблюдение СВ и/или профильного специалиста [6].

Использование Z -шкалы для оценки физического развития позволяет также выявить детей с избыточной массой тела или ожирением. Если показатели SO находятся в области значений от $+1Z$ до $+2Z$, состояние питания ребенка расценивается как группа риска или паратрофия легкой степени; SO между $+2Z$ и $+3Z$ - это ребенок с избыточным весом, с умеренно повышенным питанием, или с умеренной паратрофией; SO выше $+3Z$ - это ребенок с ожирением.

Так, среди обследованных количество детей с повышенной массой тела по отношению к длине тела в пределах значений от $+1Z$ до $+2Z$ (дети из группы риска) составило $11,4\%$ (37), среди них мальчиков - $6,8\%$ (22), девочек - $4,6\%$ (15). У $3,4\%$ детей (11) значения SO находились в диапазоне от $+2Z$ до $+3Z$ (дети с избыточным весом), среди них больше мальчиков - $2,8\%$ (9), чем девочек - $0,6\%$ (2). Показатели SO в диапазоне от $+3Z$ и выше (дети с ожирением) выявлены у $1,2\%$ детей (4), среди них мальчиков - $0,9\%$ (3) и девочек - $0,3\%$ (1). Дети с массой тела больше

возрастной нормы также нуждаются в индивидуальном анализе причин выявленных отклонений, в дообследовании, адекватном лечении и динамическом наблюдении СВ и/или профильного специалиста. Лечение детей с избыточной массой тела и ожирением представляет собой все более масштабную задачу, с которой сталкиваются медицинские работники первичного звена. Чаще всего избыточный вес и ожирение возникают по причине неправильного питания и вредных пищевых привычек, недостатка физической активности. При наличии определенных симптомов такие дети нуждаются в проведении тщательного эндокринологического обследования, в получении соответствующего лечения и в динамическом наблюдении СВ и/или профильного специалиста [6, 7].

Заключение

Использование шкалы Z-score в практике СВ на уровне ПМСП позволяет оценить физическое развитие детей первого года жизни, оценить статус питания и выявить детей с отклонениями - с избытком или дефицитом массы тела (низкий вес, острая

недостаточность питания, гипотрофия, паратрофия, избыточный вес, ожирение). Выявленные отклонения физического развития ребенка от принятой нормы указывают на необходимость дальнейшего обследования, проведения рутинных и дополнительных тестов, консультации специалистов. Чем более значительны нарушения в физическом развитии ребёнка, тем больше вероятность наличия заболевания, таким образом СВ может спрогнозировать развитие заболеваний эндокринной, пищеварительной, костно-мышечной и других систем и своевременно скорректировать обнаруженные отклонения. Также применение шкалы Z-score позволяет СВ определить дальнейшую тактику ведения ребенка с нарушением статуса питания, решить вопрос о необходимости госпитализации, а мониторинг антропометрических показателей в динамике позволяет отслеживать развитие ребенка в рамках проведенных вмешательств и в процессе последующего диспансерного наблюдения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудинова Ж.В., Скоблина Н.А., Жернакова Г.Н. и др. Оценка физического развития детей первого года жизни с использованием информационных технологий // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021. Т. 66, № 6. С. 46-51
2. Козловский А.А., Солодкая Т.И., Кравченко А.Д., Власюк А.О. Динамика показателей физического развития детей первого года жизни, проживающих в г. Гомеле // Актуальные проблемы медицины. 2021. Т. 1. С. 163-165.
3. Кучма В.Р. Основы формирования здоровья детей: Учебник для студентов ВУЗов. Ростов-на-Дону: Феникс, 2023. 256 с.
4. Мальцева А.Е., Баландович Б.А., Жукова О.А. Применение международных стандартов оценки физического развития новорождённых крупного агропромышленного центра по сезонам года на примере города Барнаула // Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. 2022. Т. 30, № 1. С. 48-54.
5. Оказание первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам: руководство по укреплению здоровья, профилактике и лечению заболеваний. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023. 1059 с.
6. Рюмина И.И., Маркелова М.М., Нароган М.В. Опыт внедрения международных стандартов оценки роста новорождённого INTERGROWTH-21st // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021. Т. 66, № 1. С. 117-124.

7. Салдан И.П. Современные тенденции в изменениях показателей физического развития детей и подростков // Бюллетень медицинской науки. 2019. Т. 13, № 1. С. 14-20.
8. Чернышева Ф.А., Киамова Н.И., Исламова Н.М. Анализ физического развития новорождённых детей с применением центильного метода // Ульяновский медико-биологический журнал. 2018. № 1. С. 136-145.
9. Чернова Г.В. Варьирование показателей физического развития новорождённых детей как проявление адаптивной самоорганизации их систем к изменяющимся условиям среды обитания // Здоровье населения и среда обитания. 2021. № 2 (335). С. 28-34.

REFERENCES

1. Gudanova Zh.V., Skoblina N.A., Zhernakova G.N. Otsenka fizicheskogo razvitiya detey pervogo goda zhizni s ispolzovaniem informatsionnykh tekhnologiy [Assessment of the physical development of children in the first year of life using information technologies]. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii – Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*, 2021, Vol. 66, No. 6, pp. 46-51.
2. Kozlovskiy A.A., Solodkaya T.I., Kravchenko A.D. Dinamika pokazateley fizicheskogo razvitiya detey pervogo goda zhizni, prozhivayushchikh v g. Gomele [Dynamics of indicators of physical development of children in the first year of life living in Gomel]. *Aktualnye problemy meditsiny – Current problems of medicine*, 2021, Vol. 1, pp. 163-165.

3. Kuchma V.R. *Osnovy formirovaniya zdorovya detey: Uchebnik dlya studentov VUZov* [Fundamentals of children's health: textbook]. Rostov-on-Don, Feniks Publ., 2023. 256 p.

4. Maltseva A.E., Balandovich B.A., Zhukova O.A. *Primenenie mezhdunarodnykh standartov otsenki fizicheskogo razvitiya novorozhdyonnykh krupnogo agropromyshlennogo tsentra po sezonam goda na primere goroda Barnaula* [Application of international standards for the development of a newborn large agro-industrial center by season of the year according to the type of the city of Barnaul]. *Zdorove naseleniya i sreda obitaniya – ZNiSO - Population health and environmental habitat*, 2022, Vol. 30, No. 1, pp. 48-54.

5. *Okazanie pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi detyam i podrostkam: rukovodstvo po ukrepleniyu zdorovya, profilaktike i lecheniyu zabolevaniy* [Providing primary health care to children and adolescents: a guide to different types of health, moderate and individual diseases]. Copenhagen, Evropeyskoe regionalnoe byuro VOZ Publ., 2023. 1059 p.

6. Ryumina I.I., Markelova M.M., Narogan M.V. *Opyt vnedreniya mezhdunarodnykh standartov otsenki rosta novorozhdyonno INTERGROWTH-21st* [Experience of international standards for assessing the growth of a newborn VZRASTA-21]. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii – Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*, 2021, Vol. 66, No. 1, pp. 117-124.

7. Saldan I.P. *Sovremennye tendentsii v izmeneniyakh pokazateley fizicheskogo razvitiya detey i podrostkov* [Current trends in changes in indicators of physical development of children and adolescents (Review article)].

Byulleten meditsinskoj nauki – Bulletin of medical science, 2019, Vol. 13, No. 1, pp. 14–20.

8. Chernysheva F.A., Kiamova N.I., Islamova N.M. *Analiz fizicheskogo razvitiya novorozhdyonnykh detey s primeneniem tsentilnogo metoda* [Analysis of the physical development of newborn children using the centile method]. *Ulyanovskiy mediko-biologicheskiy zhurnal – Ulyanovsk Medical and Biological Journal*, 2018, No. 1, pp. 136-145.

9. Chernova G.V. *Variirovanie pokazateley fizicheskogo razvitiya novorozhdyonnykh detey kak proyavlenie adaptivnoy samoorganizatsii ikh sistem k izmenyayushchimsya usloviyam sredy obitaniya* [Variation of indicators of economic development of newborn children as assistance to the adaptive self-organization of their systems to changing environmental conditions]. *Zdorove naseleniya i sreda obitaniya – Population health and habitat*, 2021, No. 2 (335), pp. 28-34.

Сведения об авторе:

Назирова Насиба Кимовна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел.: (+992 939002595); e-mail: nasibushka@list.ru

Абдулхаева Шамсия Ракибовна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992) 919005936

Воситзаде Зарина Файзиддиновна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992) 918953690

Салимова Мавзуна Додарджоновна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992) 988987375

Нуров А.М.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЯХ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра общественного здоровья, управления (менеджмент) здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Nurov A.M.

TO ASSESS THE STATE OF HEALTH CARE AND SOCIAL PROTECTION OF DISABLED CHILDREN IN RURAL SETTLEMENTS OF TAJIKISTAN

Department of Public Health, Healthcare Administration (Management) with a course in medical statistics of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Оценка медико-санитарной и социальной защиты детей-инвалидов в сельских поселениях Таджикистана.

Материал и методы. Отчеты и информационные материалы министерств и ведомств, международных и общественных организаций, Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан. По специально адаптированной анкете в мае-июне 2022 года проведены медико-социологические исследования среди 650 детей-инвалидов: в районах РРП (Рудаки, Вахдат, Гиссар, Шахринав) - 382 человека (58,7%); в районах Вахш, Дусти, Носири Хисрав (Кулябский регион), Темурмаликский, Восейский, Кулябский, Хамадони (Хатлонской области) - 268 (41,2%) человек.

Результаты. Ведущими причинами детской инвалидности являются болезни нервной системы, психические и неврологические расстройства, врожденные аномалии, родовые травмы, болезни костно-мышечной и соединительной ткани, ЖКТ, уха и сосцевидного отростка, а также последствия бытовых и дорожно-транспортных происшествий. В структуре инвалидности у детей основными нозологическими формами являются психические расстройства (23,7%), болезни нервной системы (21%), врожденные аномалии развития (18,5%). Распределение детей-инвалидов по группам инвалидности: III группа - 402 (61,8%), II группа - 204 (31,4%), I группа - 44 (6,7%) человека. В полных семьях проживают 68,6% детей-инвалидов, в неполных семьях или у близких родственников - 31,4%. Растут потребности детей-инвалидов в реабилитационной и социальной помощи.

Заключение. Показатели и структура инвалидности являются важным индикатором, указывающим направление и пути совершенствования сферы медико-социальной помощи сельскому населению.

Ключевые слова: медико-санитарная, социальная помощь, дети-инвалиды, сельские поселения, Таджикистан

Aim. Assessment of medical, sanitary and social protection of disabled children in rural settlements of Tajikistan.

Material and methods. Reports and information materials of ministries and departments, international and public organizations, the Agency for Statistics under the President of the Republic of Tajikistan. Using a specially adapted questionnaire, in May-June 2022, medical and sociological studies were carried out among 650 children with disabilities: in the districts of the Republican District (Rudaki, Vahdat, Gissar, Shakhrynay) -382 people (58.7%), in the districts of Vakhsh, Dusti, Nosiri Khisrav(Kulyab group), Temurmalik, Vose, Kulyab, Hamadoni(Khatlon region) - 268 (41.2%) people.

Results. The leading causes of childhood disability are diseases of the nervous system, mental and neurological disorders, congenital anomalies, birth injuries, diseases of the musculoskeletal and connective tissue, gastrointestinal tract, ear and mastoid process, as well as the consequences of domestic and road accidents. In the structure of disability

in children, the main nosological forms are mental disorders (23,7%), diseases of the nervous system (21%), congenital developmental anomalies (18,5%). Distribution of disabled children by disability groups: Group III - 402 (61,8%), Group II - 204 (31,4%), Group I - 44 (6,7%) people. 68,6% of disabled children live in complete families, 31,4% in single-parent families or with close relatives. The needs of disabled children for rehabilitation and social assistance are growing.

Conclusion. The indicators and structure of disability are an important indicator indicating the direction and ways of improving the sphere of medical and social assistance to the rural population.

Key words: health care, social assistance, disabled children, rural settlements, Tajikistan

Актуальность

Согласно оценке экспертов ВОЗ, в мире отмечается тенденция к росту более чем 140 млн. случаев детской инвалидности, в т.ч. в тяжелой форме, которая составляет более 2,0%, причем 5% новорожденных имели аномалии развития [5, 7], стабильно занимая второе место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности.

Сравнительное положение врожденных пороков развития в структуре перинатальной смертности составляет 12-16% и занимает 2-3 место, не имеет тенденции к снижению, а в экологически неблагоприятных регионах занимает первое место. В возрасте 1 года умирает около 70% детей с врожденными пороками развития. Остальные дети во многих случаях отстают в плане умственного и физического развития. Врожденные пороки развития занимают 3-4 место в структуре детской инвалидности [1, 6].

Проблема инвалидности является общественно значимой, соответственно нуждается в поиске международных подходов к реабилитации детей, способствующей их интеграции в общество.

В разных странах принимаются законы, положения и другие документы, способствующие повышению уровня жизни инвалидов, но при этом наблюдается нехватка различных возможностей и условий для самореализации инвалида, особенно в некоторых постсоветских странах [2, 3, 5].

Существует множество подходов, но нет единой системы, которая бы позволила создать и осуществлять реабилитацию, отвечающую всем требованиям.

В настоящее время в России насчитывается более 13 млн. инвалидов, в том числе 2 млн. детей. В США инвалидами вследствие различных заболеваний и состояний, ограничивающих функциональную и социальную активность, признано около 4,0% детского населения, в Китае - 4,9%, в Великобритании - 2,6% [1, 4, 7].

Определенный рост числа случаев тяжелых хронических заболеваний, в т.ч. наследственных и врожденных, способствует увеличению частоты общей инвалидности и социальной недостаточности [6].

В этом контексте состояние здоровья детей в возрасте до 18 лет в Республике Таджикистан представляет острейшую медико-социальную проблему. Так, их общая заболеваемость за последние годы выросла практически по всем классам и группам заболеваний, что приводит к повышению среди них уровня инвалидности [4].

Прежде всего, это связано с недостаточно эффективной работой системы здравоохранения и социальной защиты населения, по оказанию специализированной помощи и предупреждению инвалидизации, в т.ч. детей и подростков.

По данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, в 2015 г. число детей с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями увеличилось с 172,4 тыс. в 2000 г. до 253, 8 тыс. детей в 2009 г., при этом уровень заболеваемости увеличился с 659,5 до 1211,2 на 100 000 детей, т.е. почти 2 раза.

В Таджикистане более 100 тысяч сельских детей проживают в условиях бедности, большая их часть остаётся без действенной медико-социальной защиты. Следовательно, они находятся в условиях, зависящих от произвола судьбы.

Незначительный рост частоты распространённости врожденной и наследственной патологии способствует ранней хронизации экопатологических и орфанных заболеваний, что закономерно увеличивает число детей-инвалидов. Ежегодно в Таджикистане рождаются около 2400 детей с врожденными пороками развития, а в отдельные годы - до 3300 таких случаев.

В этих условиях эксперты медицинских и социальных учреждений не имеют данных о реальной оценке объемов реабилитационных и других видов социальной помощи в отдельно взятом регионе и в целом по стране [3, 7, 9]. Основными факторами недостаточной эффективности медико-социальной и психологической адаптации ребенка-инвалида является отсутствие комплексных подходов к ним учреждений ПМСП, при дефиците специалистов меди-

цинского и социально-психологического профилей.

Комплексные научные исследования по проблемам детской инвалидности в последние годы не проводились, в то время как ее уровень в некоторых регионах превышает средний показатель по стране и имеет тенденцию к росту.

Цель исследования

Оценка медико-санитарной и социальной защиты детей-инвалидов в сельских поселениях Таджикистана.

Материал и методы исследования

Проанализированы данные отчетов Государственной службы медико-социальной экспертизы, международных и общественных организаций, информационные материалы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан.

По специально адаптированной анкете в мае-июне 2022 года проведены медико-социологические исследования среди 650 детей-инвалидов: в районах Республиканского подчинения (Рудаки, Вахдат, Гиссар, Шахринав) - 382 человека (58,7%), в Бохтарской группе районов (Вахш, Дусти, Носири Хисрав), в Кулябской группе районов (Темурмаликский, Восейский, Кулябский, Хамадони) - 268 (41,2%) человек.

Анкеты недееспособных лиц и детей в возрасте до 12 лет заполняли со слов их родителей, опекунов или близких родственников.

Использованы следующие методы исследования: статистический, социологический, аналитический. Статистическая обработка данных выполнена на базе прикладных программ MS -OFFICE 2019.

Результаты и их обсуждение

Из общего количества детей-инвалидов 80,1% составили лица мужского пола, 19,8% - женского в возрасте 3 - 18 лет. Исследование показало, что более половины числа анкетированных живут в бедных и многодетных семьях, где заработная плата, как правило, одного, родителя в месяц составляет 800 - 1500 сомони, и только в более 20,0% случаев - не менее 2000 тысяч сомони.

Основными причинами неудовлетворительного медико-санитарного обеспечения на селе являются: низкий уровень финансирования, слабая материально-техническая база, дефицит кадров, транспорта, средств связи, плохие дороги, устаревшие организационные формы оказания медико-социальной помощи.

При этом ведущими причинами детской инвалидности являются болезни нервной системы, психические и неврологические расстройства, врожденные аномалии, родовые травмы, болезни костно-мышечной и соединительной тканей, ЖКТ, уха и сосцевидного отростка, а также последствия бытовых и дорожно-транспортных происшествий. В таблице отражена динамика численности детской инвалидности в Республике Таджикистан за последние годы по основным регионам страны.

Динамика инвалидности детей в возрасте до 18 лет в Республике Таджикистан за 2015-2022 годы (обс.ч.)

| Регион | Год | | | | | | | |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| г. Душанбе | 2360 | 2500 | 2596 | 2609 | 2684 | 2713 | 2872 | 3535 |
| РРП* | 4710 | 4932 | 5406 | 5839 | 6291 | 6693 | 7497 | 7021 |
| ГБАО** | 936 | 968 | 824 | 815 | 831 | 864 | 869 | 894 |
| Хатлонская обл. | 9149 | 9517 | 9798 | 10517 | 10624 | 11462 | 12398 | 12565 |
| Согдийская обл. | 6594 | 6953 | 7307 | 7549 | 7687 | 7785 | 8165 | 8182 |
| По республике | 23749 | 24870 | 25931 | 27329 | 28117 | 29517 | 31801 | 32197 |

Примечание: *РРП - районы республиканского подчинения; **ГБАО - Горно- Бадахшанская автономная область

Как видно из таблицы, уровень детской инвалидности в целом за 2015-2022 годы характеризуется выраженной вариабельностью с тенденцией к росту: от 23749 до 32197 человек, т.е. на 8848 детей, вырос за эти годы на 35,7%, а ежегодный рост составляет 5,08%.

Согласно данным анкетирования, дети-инвалиды распределялись следующим образом: большую часть составила III группа - 61,8% случаев, II группа - 31,4% случаев и I группа - 6,7% случаев. При этом в 68,6% инвалиды проживали в полных семьях, в не-

полных семьях или у близких родственников - в 31,4% случаев.

Присущие переходному периоду мировой финансовый кризис, эпидемиологическая нестабильность, бедность становятся угрозой и для решения проблемы общественного здоровья и здравоохранения, приводя к физическим и психологическим травмам десятков тысяч людей, способствуя росту уровня инвалидности населения.

Основные факторы риска детской инвалидности реализуются в раннем онтогенезе в виде высокого уровня патологии беременности, родов и неонатального периода. В связи с этим соответствующая программа первичной профилактики должна базироваться на адекватных мероприятиях антенатального и перинатального уровней.

Следует отметить, что, согласно «Докладу о глобальном бремени болезней: порождение, направление политики» (ВОЗ, 2020), детская инвалидность составляет более 95 миллионов (5,1%) детей, из которых 13 миллионов (0,7%) имеют «тяжелую ее форму».

Комплексная оценка инвалидности позволяет определить основные направления профилактики реальной инвалидности и пути совершенствования всей системы реабилитации. К тому же нацеливает на Конвенцию о правах инвалидов, которая решением Правительства Таджикистана (20 марта 2018 года), должна быть ратифицирована до 2024 года, что должно привести к признанию важности достижения инвалидами доступности ко всем благам и правам, предоставляемых обществом своим гражданам, в т.ч. к услугам здравоохранения, образования, культуры, информации и связи.

Детская инвалидность, будучи сложной медико-социальной проблемой, наносит обществу значительный экономический ущерб. Так, помимо лечения и содержания детей в специализированных учреждениях, государство выплачивает пособия по уходу за больными, а из сферы общественной деятельности исключаются ухаживающие за ними взрослые члены семьи.

В органах социальной защиты населения Таджикистана на начало 2022 года состояли на учете 30 419 детей-инвалидов, это около 20% от общего числа инвалидов. При этом часто их состояние усугубляется отсутствием действенной социальной защиты.

В то же время на качестве и доступности медико-социальных услуг негативно отражается и слабая координация деятельности соответствующих учреждений, недостаточное кадровое обеспечение, низкий профессио-

нализм персонала, бедность большей части семей с детьми-инвалидами.

В структуре детской инвалидности основными нозологическими формами являются психические расстройства (23,7%), болезни нервной системы (21%), врожденные аномалии развития (18,5%), которые относятся к числу наиболее серьезных отклонений в состоянии здоровья детей.

Использование выявленных факторов риска при разработке и, главное, выполнении профилактических и реабилитационных программ позволит уменьшить уровень медико-социальных последствий инвалидирующих заболеваний и снизить частоту формирования инвалидности детей.

При этом удовлетворение потребности в реабилитационной и социальной помощи является не только лечением и улучшением состояния здоровья, но и процессом достижения человеком максимальной самостоятельности и готовности к равноправной жизни в обществе.

Следовательно, устранение или возможно более полная компенсация ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма, приводит к социальной адаптации инвалида, его материальной независимости и интеграции в общество.

В целом, реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование технических и других адекватных средств, создание условий для беспрепятственного доступа к зданиям, жилым помещениям, транспортной и социальной инфраструктурам, пользование средствами связи и информации, что позволяет людям с инвалидностью и членам их семей быть осведомленными в вопросах, вызывающих острый интерес.

Социально-бытовая адаптация детей-инвалидов является одной из важнейших составляющих общей интеграционной проблемы. Основными ее проблемами являются трудности, связанные с целенаправленной работой по формированию навыков самообслуживания.

Однако в последнее десятилетие произошло некоторое снижение уровня жизни, особенно сельского населения, уменьшение доступности и качества медицинской помощи. Это заметно и негативно сказалось в первую очередь на наиболее уязвимых слоях - матерях и детях, что проявилось в ухудшении качественных показателей здоровья, росте инвалидности и смертности, особенно детей в возрасте до 5 лет.

Главной причиной инвалидизации детей в Таджикистане, как и в целом по странам СНГ, на протяжении многих лет является детский церебральный паралич. Лишь часть детей-инвалидов имеет возможность посещать учреждения, в которых в полном объеме оказывается необходимая им комплексная медико-социальная и психолого-педагогическая помощь. Это связано не только с недостаточным количеством учреждений такого типа, но и отсутствием реально подготовленных специалистов, слабой материальной оснащённостью, почти полным отсутствием научно-методической основы реабилитационного процесса. Не разработаны комплексные программы реабилитации, детей-инвалидов, пораженных церебральным параличом, в зависимости от возраста, формы и степени тяжести заболевания.

Решение вопросов социальной реабилитации инвалидов позволяет реализовать принцип социальной направленности, уменьшить социальную напряжённость среди этой категории граждан, их близких и родственников. В связи с этим необходимо, чтобы различным категориям инвалидов при выборе форм социальной защиты

ориентиром было получение образования, профессиональной подготовки, содействие в трудовом устройстве и др. Достижения в сферах здравоохранения, образования, технических средствах реабилитации и социального обслуживания повышают функциональность людей с инвалидностью, тем самым создавая инклюзивное общество.

Заключение

Увеличение числа инвалидов и рост экономических затрат на их обеспечение стимулирует организацию системы комплексной профилактики нарушений здоровья, развитие теории и использование социальной модели инвалидности, современных методов медико-социальной экспертизы, образцов и технологии социальной защиты детского населения страны, в т.ч. на региональном уровне. Профилактика тяжёлых нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности детей должна базироваться на мероприятиях первичной профилактики, антенатального и перинатального уровней. Достижение эффективности профилактических мероприятий обеспечивается комплексным подходом и объединением усилий и средств медицинских и социально-ориентированных ведомств и учреждений.

ЛИТЕРАТУРА (П. 6 СМ. В REFERENCES)

1. Астраханцева М.А., Кикю П.Ф., Воронин С.В., Сухова А.В. Профилактика и диагностика врождённых пороков развития // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021. Т. 65, №3. С. 230-237.
2. Белова Н.И. Сельское здравоохранение: состояние, тенденции и проблем. // *Социологические исследования*. 2017. № 3. С. 98-105.
3. Гаиров А.Г., Мирзоали Н.Т., Каримзода Х.К., Турсунов Р.А. Некоторые вопросы доступности и повышения качества медицинской помощи населению Республики Таджикистан // *Вестник Авиценны*. 2019. № 21 (3). С. 415-419.
4. Знобина Т.И., Азарко В.Е., Бахадю Е.В. Профилактика детской инвалидности в России // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2018. № 1. С. 71-76.
5. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Постановление Правительства Республики Таджикистан № 455 от 28 октября 2016 года. Душанбе, 2016. 136 с.
6. Рахматова Р.А., Набиев З.Н., Шамсов Б.А., Зоиров С.Р. Факторы и распространённость врождённых пороков развития в Республике Таджикистан // *Здравоохранение Таджикистана*. 2022. № 4 (355). С. 64-70.
7. Рузиев М.М., Абдурахимов А.А., Гаиров А.Г., Богодирова М.Н. Детская инвалидность как медико-социальная проблема в Таджикистане // *Вестник*

Академии медицинских наук Таджикистана. 2019. Т. IX, № 4. С. 417-423.

REFERENCES

1. Astrakhantseva M.A., Kiku P.F., Voronin S.V., Sukhova A.V. Profilaktika i diagnostika vrozhdyonnykh porokov razvitiya [Prevention and diagnosis of congenital malformations]. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii – Health of the Russian Federation*, 2021, Vol. 65, No. 3, pp. 230-237.
2. Belova N.I. Selskoe zdravookhranenie: sostoyanie, tendentsii i problem [Rural health care: status, trends and problems]. *Sotsiologicheskie issledovaniya – Sociological research*, 2017, No. 3, pp. 98-105.
3. Gaibov A.G., Mirzoali N.T., Karimzoda Kh.K. Nekotorye voprosy dostupnosti i povysheniya kachestva meditsinskoy pomoshchi naseleniyu Respubliki Tadjikistan [Some issues of accessibility and improvement of the quality of medical care to the population of the Republic of Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2019, No. 21 (3), pp. 415-419.
4. Znobina T.I., Azarko V.E., Bakhado E.V. Profilaktika detskoy invalidnosti v Rossii [Prevention of child disability in Russia]. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii – Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*, 2018, No. 1, pp. 71-76.
5. *Natsionalnaya programma reabilitatsii invalidov na 2017-2020 gody. Postanovlenie Pravitelstva Respubliki*

Tadzhikistan № 455 ot 28 oktyabrya 2016 goda [The National Rehabilitation Program for the Disabled for 2017-2020. Resolution of the Government of the Republic of Tajikistan No. 455 dated October 28, 2016]. Dushanbe, 2016. 136 s.

6. Rakhmatova R.A., Nabiev Z.N., Shamsov B.A. Faktory i rasprostranennost vrozhdennykh porokov razvitiya v Respublike Tadzhikistan [Factors and prevalence of congenital malformations in the Republic of Tajikistan]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2022, No. 4 (355), pp. 64-70.

7. Ruziev M.M., Abdurakhimov A.A., Gaibov A.G. Detskaya invalidnost kak mediko-sotsialnaya problema v Tadzhikistane [Child disability as a medical and social problem in Tajikistan]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana – Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*, 2019, Vol. 9, No. 4, pp. 417-423

Сведения об авторе:

Нуров Асрор Махмуродович – зав. кафедрой клинических дисциплин медицинского колледжа г. Вахдата; тел.: (+992) 907733066

¹Олимов Т.Х., ¹Касиров И.М., ¹Шайдоев С.С.,
²Гаффарова М.А., ¹Шамсидинов Б.Н.

ЗНАЧЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ВЫДЕЛЕННЫХ КУЛЬТУР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ РИНОСИНУСИТАМИ

¹Кафедра оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²Сеть семейных клиник «Добромед», Российская Федерация

¹Olimov T.Kh., ¹Kasirov I.M., ¹Shaydoyev S.S.,
²Gaffarova M.A., ¹Shamsidinov B.N.

THE IMPORTANCE OF MICROBIOLOGICAL ASSESSMENT OF ISOLATED CULTURES IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS

¹Department of Otorhinolaryngology, State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in the Sphere of Health of the Republic of Tajikistan"

² Family Clinic Network «Dobromed», Russian Federation

Цель исследования. Изучить эффективность антибиотиков в зависимости от чувствительности микрофлоры при лечении больных с гнойными риносинуситами и их осложнениями.

Материал и методы. С учетом микрофлоры и их чувствительности к антибиотикам, клинического течения заболевания, разработки соответствующей схемы лечения, нами обследованы 43 пациента в возрасте от 18 до 65 лет. Мужчин – 24, женщин – 19. В первую группу вошли пациенты с острым риносинуситом (20 человек), двое из них с внутриглазничными осложнениями (реактивный отек верхнего века). Вторую группу составили 23 больных с хроническими риносинуситами, в том числе трое пациентов с внутриглазничными осложнениями (2-е с абсцессами верхнего века и 1 с флегмоной орбиты), которым в комплексном лечении антибактериальную терапию проводили с учетом чувствительности.

Результаты. Всем больным проведено микробиологическое исследование патологического секрета из полости носа и верхнечелюстной пазухи. У 12 из 20 (62%) больных с острыми риносинуситами преимущественно определялась монофлора, полифлора - у 8 (38%) человек, смешанная флора - у больных с хроническими риносинуситами наблюдалась в 15 (62%) случаях. У больных с острыми риносинуситами в чистой культуре преобладала кокковая флора – 75% (15 из 20), при хронических риносинуситах преимущественно встречалась палочковидная флора – 78,3% (18 из 23), особенно протей - в 12 (52,2%) случаях.

Флора чаще всего была чувствительной к препаратам пенициллинового ряда и цефалоспорином, а при неосложненных и осложненных формах хронических синуситов в большинстве случаев - к цефалоспорином и макролидам.

Заключение. С целью наиболее эффективного лечения воспалительных заболеваний носа и придаточных пазух носа необходимо при выборе антибиотиков основываться на определении чувствительности флоры к антибиотикам.

Ключевые слова: гнойные риносинуситы, бактериальная флора, антибактериальная терапия, чувствительность, комплексная терапия

Aim. To study the microflora in patients with purulent rhinosinusitis and their complications and evaluate the effectiveness of a combination of antibiotics in the complex therapy of this pathology.

Material and methods. Taking into account the microflora and their sensitivity to antibiotics, the clinical course of the disease, and the development of an appropriate treatment regimen, we examined 43 patients aged 18 to 65 years.

There were 24 men, 19 women. The first group included patients with acute rhinosinusitis (20 people), two of them with intraorbital complications (reactive edema of the upper eyelid). The second group consisted of 23 patients with chronic rhinosinusitis, including three patients with intraorbital complications (2 with abscesses of the upper eyelid and 1 with orbital phlegmon), who received antibacterial therapy taking into account sensitivity as part of complex treatment.

Results. All patients underwent a microbiological study of pathological secretions from the nasal cavity and maxillary sinus, during which in patients with acute rhinosinusitis, monoflora was predominantly determined in 12 out of 20 (62%) patients, while polyflora was observed only in the remaining 8 (38%) patients, at the same time mixed flora in patients with chronic rhinosinusitis was observed in 15 (62%) cases. In patients with acute rhinosinusitis, the pure culture was dominated by coccal flora, 75% (15 out of 20), and in patients with chronic rhinosinusitis, rod-shaped flora was predominantly found, 78,3% (18 out of 23), especially *Proteus* in 12 (52,2%) cases.

The flora was most often sensitive to penicillin drugs and cephalosporins, and in uncomplicated and complicated forms of chronic sinusitis, in most cases, to cephalosporins and macrolides.

Conclusion. In order to most effectively treat inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses, it is necessary to base the choice of antibiotics on determining the sensitivity of the flora to antibiotics.

Key words: *purulent rhinosinusitis, bacterial flora, antibacterial therapy, sensitivity, complex therapy*

Актуальность

В настоящее время ежегодно отмечается рост заболеваемости острыми и хроническими риносинуситами на 1-2%, а среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15% до 36% составляют лица, страдающие риносинуситами [3, 5].

В настоящее время одним из ведущих этиологических факторов в развитии риносинуситов признается бактериальная флора, которая заселяет полость носа с рождения. Микроорганизмы помогают поддерживать здоровую микросреду, предотвращая влияние патогенной микрофлоры, а также участвуют в иммунной регуляции. Спектр возбудителей при риносинуситах разнообразен и зависит от возраста больного, формы воспаления и изменяется с течением времени [1, 5].

Несмотря на успех, достигнутый в диагностике и лечении больных риносинуситами, на сегодняшний день существует ряд нерешенных вопросов. Вопрос о рациональном назначении антибиотиков при хронических гнойных синуситах и, особенно, при его осложнениях имеет большое значение. Раньше в литературных источниках упоминали о высоком терапевтическом эффекте антибиотиков пенициллинового ряда при лечении больных с риносинуситами и их осложнениями. Но в последнее время «лидер» антибиотиков в ряде случаев оказывается малоэффективным. Выяснилось, что резко возросла устойчивость флоры к этой группе препаратов, особенно штаммов стафилококка. Отсюда становится очевидным, что для достижения достаточного терапевтического эффекта необходимо широко применять комбинацию различных препаратов [1, 4].

С другой стороны, в связи с широкой доступностью антибактериальных препаратов,

частым и нередко необоснованным их назначением отмечается увеличение антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, что в свою очередь способствует росту числа больных с риносинуситами, затяжному течению и генерализации патологического процесса, возникновению осложнений [2, 4, 5].

В связи с тем, что вопрос о чувствительности флоры к антибиотикам новых поколений у больных с гнойными риносинуситами изучен довольно недостаточно, мы решили провести в этом направлении исследования и попытаться разработать схему наиболее целесообразной комбинации антибиотиков в комплексной терапии при указанных заболеваниях.

Цель исследования

Изучить эффективность антибиотиков в зависимости от чувствительности микрофлоры при лечении больных с гнойными риносинуситами и их осложнениями.

Материал и методы исследования

С учетом микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам, клинического течения заболевания, разработки соответствующей схемы лечения обследованные нами больные распределены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты с острым риносинуситом (20 человек), двое из них с внутриглазничными осложнениями (реактивный отек верхнего века). Вторую группу составили 23 больных с хроническими риносинуситами, в том числе трое пациентов с внутриглазничными осложнениями (2-е с абсцессами верхнего века и 1 с флегмоной орбиты), которым в комплексном лечении антибактериальную терапию проводили с учетом чувствительности.

Материалом для бактериологического исследования служил гной, полученный при пункции пазух, при проведении оперативного вмешательства.

Статистическую обработку данных при оценке результатов лабораторного обследования проводили с помощью пакета программ STATISTICA 6.0. Достоверность различий показателей между группами оценивали непараметрическими методами статистического анализа. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. При выявлении связей между исследуемыми тестами применяли корреляционный анализ по методу Спирмена.

Результаты и их обсуждение

Возраст исследованных больных составил от 18 до 65 лет. Мужчин – 24, женщин – 19. Средний возраст больных 1-й группы составил $31 \pm 2,3$ лет, 2-й группы – $47 \pm 1,4$ года. При обследовании возраста больных первой группы выяснилось, что большинство из них было в возрасте 18-35 лет (70%), во второй группе чаще встречались лица старше 36 лет (78,3%). Распределение больных по возрасту и характеру заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и характеру заболевания

| Возраст | Характер заболевания | | | | Всего |
|--------------|----------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-------|
| | 1 группа | | 11 группа | | |
| | без осложнений | с орбитальными осложнениями | без осложнений | с орбитальными осложнениями | |
| 18 – 35 лет | 12 | 2 | 3 | - | 17 |
| 36 – 50 лет | 4 | - | 8 | 1 | 13 |
| 51 – 65 лет | 1 | - | 7 | 2 | 10 |
| Всего | 18 | 2 | 20 | 3 | 43 |

Всем больным проведено микробиологическое исследование патологического секрета из полости носа и верхнечелюстной пазухи, при которых у больных с острым риносинуситом преимущественно определялась монофлора - у 12 из 20 (62%) больных, тогда как полифлора наблюдалась у остальных 8 (38%) больных, в то же время смешанная

флора у больных с хроническими риносинуситами имела в 15 (62%) случаях. У больных с острым риносинуситом в чистой культуре преобладала кокковая флора – 75% (15 из 20), а у больных с хроническим риносинуситом преимущественно встречалась палочковидная флора – 78,3% (18 из 23), протей - в 12 (52,2%) случаях (табл. 2).

Таблица 2

| Характер микрофлоры | Количество наблюдений | | | |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| | Острый риносинусит | | Хронический риносинусит | |
| | без осложнений | с внутриглазными осложнениями | без осложнений | с внутриглазными осложнениями |
| Кокковая флора | | | | |
| <i>Стафилококк золотистый</i> | 7 | 1 | 2 | - |
| <i>Стафилококк эпидермальный</i> | 4 | - | 2 | - |
| <i>Стрептококки</i> | 2 | - | - | - |
| <i>Микрококки</i> | 1 | - | 1 | - |
| Палочковидная флора | | | | |
| <i>Протей</i> | 2 | 1 | 10 | 2 |
| <i>Синегнойная палочка</i> | 1 | - | 2 | 1 |
| <i>Кишечная палочка</i> | 1 | - | 1 | - |
| <i>Клебсиелла</i> | 0 | - | 1 | - |
| <i>Грибы</i> | - | - | 1 | - |
| Всего | 18 | 2 | 20 | 3 |

Из таблицы видно, что если при остром воспалении носа и придаточных пазух носа возбудителем чаще являются стафилококки, т.е. монофлора, то при хроническом гнойном синусите, в том числе с внутриглазничными осложнениями, флора наиболее часто была представлена ассоциацией различных кокков с протеем.

В связи с этим наряду с определением микрофлоры для успешного лечения необходимо также определить чувствительность микробов к антибиотикам. В опыт были взяты антибиотики из группы пенициллинов (ампициллин сульбактам), цефалоспоринов (цефтриаксон) и макролидов (азитромицин) (табл. 3).

Таблица 3

Чувствительность микрофлоры полости носа у больных с острыми и хроническими риносинуситами к различным антибиотикам

| Чувствительность | Ампициллин сульбактам | Цефтриаксон | Азитромицин |
|---|-----------------------|-------------|-------------|
| С острыми риносинуситами в т.ч. с внутриглазничными осложнениями | | | |
| Очень высокая (++++) | 5 | 7 | 2 |
| Высокая (+++) | 6 | 6 | 1 |
| Средняя (++) | 4 | 4 | 4 |
| Слабая (+) | 2 | 3 | 7 |
| Отсутствие (-) | 3 | - | 6 |
| Всего | 20 | 20 | 20 |
| С хроническими риносинуситами | | | |
| Очень высокая (++++) | - | 7 | 6 |
| Высокая (+++) | - | 8 | 7 |
| Средняя (++) | 3 | 5 | 7 |
| Слабая (+) | 4 | 3 | 2 |
| Отсутствие (-) | 16 | - | 1 |
| Всего | 23 | 23 | 23 |

Как видно из таблицы 3, результаты исследования чувствительности к различным антибиотикам штаммов различных бактерий при острых гнойных синуситах показали, что флора чаще всего была чувствительной к препаратам пенициллинового ряда и цефалоспоринов, а при неосложненных и осложненных формах хронических синуситов в большинстве случаев флора оказалась чувствительной к цефалоспорином и макролидам.

Наши данные позволяют сделать вывод, что наиболее целесообразной комбинацией антибиотиков для подавления бактериальной флоры при острых гнойных синуситах нужно считать комбинацию представителей пенициллинового ряда и цефалоспоринов, а при хронических гнойных синуситах - группе цефалоспоринов и макролидов. Однако клинические наблюдения показывают, что при введении препаратов пенициллинового ряда иногда удается

получить хороший терапевтический эффект даже в тех случаях, где флора оказывается нечувствительной к ним. Важным в этом отношении является то, что препараты пенициллинового ряда воздействуют не только на микро-, но и на макроорганизм. Они активизируют ретикулоэндотелиальную систему, повышают антитоксическую функцию печени, производят ряд других положительных сдвигов в организме и тем самым мобилизуют защитные силы организма на борьбу с инфекцией.

Исходя из этого, мы, как и многие другие клиницисты, считаем, что пока не найдены новые, более эффективные препараты, тяжелым больным с риногенными осложнениями целесообразно сочетать общие и местные препараты пенициллинового ряда с введением тех антибиотиков, к которым данная флора наиболее чувствительна.

Для лечения острых и хронических синуситов при отсутствии внутриглазничных ослож-

нений, по нашему мнению, лучше применять только те антибиотики, к которым данная флора наиболее чувствительна.

Заключение

При острых гнойных риносинуситах в очаге воспаления обычно имеется монофлора, представленная гноеродными стрептококками, чаще всего чувствительными к представителям пенициллинового ряда и цефалоспорином.

При хронических гнойных риносинуситах флора, как правило, полиморфна, причем в

65% исследований обнаруживается протей. Флора оказывается чувствительной к представителям цефалоспоринов и макролидам.

С целью наиболее эффективного лечения воспалительных заболеваний носа и придаточных пазух носа необходимо при выборе антибиотиков основываться на определении чувствительности данной флоры к антибиотикам.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (ПП. 4, 5 СМ. В REFERENCES)

1. Павлуш Д.Г., Матвеева Н.Ю., Дюйзен И.В. Морфологические особенности хронического полипозного риносинусита // Медицина. 2019. № 1. С. 70-80.

2. Савлевич Е.Л. Изучение микробных факторов при обострении полипозного риносинусита // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2022. Т. 99, № 4. С. 445 - 452.

3. Туровский А.Б., Бондарева Г.П., Мусаев К.М. Роль золотистого стафилококка в течении полипозного синусита // Медицинский Совет. 2021. № 6. С.44-48.

REFERENCES

1. Pavlush D.G., Matveeva N.Yu., Dyuyzen I.V. Morfologicheskie osobennosti khronicheskogo polipoznogo rinosinusita [Morphological features of chronic polypous rhinosinusitis]. *Meditsina – Medicine*, 2019, No. 1, pp. 70-80.

2. Savlevich E.L. Izuchenie mikrobnnykh faktorov pri obostrenii polipoznogo rinosinusita [The study of microbial factors in the exacerbation of polypous rhinosinusitis]. *Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii – Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology*, 2022, Vol. 99, No. 4, pp. 445 - 452.

3. Turovskiy A.B., Bondareva G.P., Musaev K.M. Rol zolotistogo stafilokokka v techenii polipoznogo sinusita [The role of staphylococcus aureus during polypous sinusitis]. *Meditsinskiy Sovet – Medical Advice*, 2021, No. 6, pp. 44-48.

4. Thangaleela S., Sivamaruthi B.S., Kesika P. Nasal Microbiota, Olfactory Health, Neurological Disorders and Aging a Review. *Microorganisms*, 2022, Vol. 10, No. 3, pp.1-21.

5. Santos J.G. Microbial Flora in Chronic Rhinosinusitis with and without Nasalpolyps. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 2017, Vol. 1, No. 1, pp. 13-18.

Сведения об авторах:

Олимов Точулло Холович – соискатель кафедры оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; тел.: (+992) 55155551550

Касиров Идибек Махмуродович – аспирант кафедры оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; тел.: (+992) 936003334

Шайдоев Сухроб Сафаралиевич – ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; тел.: (+992) 988211034

Гаффарова Матлуба Абдузунуновна – ведущий оториноларинголог «Сети семейных клиник Добромед», Россия, д.м.н., профессор; тел.: (+7) 9267314925

Шамсидинов Бобоназар Насридинович – зав. кафедрой оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», д.м.н., доцент; тел.: (+992) 917441744

^{1,2}Расулов С.Р., ^{1,2}Обидов Д.С.

ОБЩАЯ И БЕЗРЕЦИДИВНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОДИФИКАЦИЙ МАСТЭКТОМИИ

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗНРТ

^{1,2}Rasulov S.R., ^{1,2}Obidov D.S.

OVERALL AND RECURRENCE-FREE SURVIVAL IN PATIENTS WITH DIFFUSE BREAST CANCER, DEPENDING ON THE MODIFICATIONS OF MASTECTOMY

¹State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

²State Institution "Republican Oncological Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Сравнительная оценка общей и безрецидивной выживаемости больных диффузным РМЖ в зависимости от объема производимой мастэктомии.

Материал и методы. Изучены общая и безрецидивная выживаемость у 50 больных диффузным РМЖ в зависимости от объема операции. У 24 (основная группа) пациенткам выполнена расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами, у 26 (контрольная группа) - радикальная мастэктомия с закрытием дефекта передней грудной стенки местными тканями. Общую и безрецидивную выживаемость изучали от момента выписки больной после операции до времени констатации смерти.

Результаты. За период наблюдения от 3 до 63 месяцев установлено, что медиана общей выживаемости в основной группе составляет 38 месяцев, в контрольной группе – 18 месяцев. Отдельно изучены показатели общей выживаемости в зависимости от наличия (M1) или отсутствия (M0) отдаленных метастазов в момент оперативного вмешательства. В основной группе с M0 пятилетняя выживаемость составила 33,6%, с M1 - 25,0%. У больных контрольной группы с M0 трёхлетняя общая выживаемость составила всего 32,4%, до пяти лет никто не жил. Больные с M1 жили всего до двух лет. 63-месячная выживаемость без рецидива у больных основной группы составляет 14,4%. В контрольной группе всего 10,4% больных прожили 35 месяцев без местного рецидива.

Заключение. Расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами у больных диффузной формой РМЖ имеет преимущество по общей и безрецидивной выживаемости перед традиционной радикальной мастэктомией.

Ключевые слова: диффузный рак молочной железы, хирургическое лечение, общая и безрецидивная выживаемость

Aim. To give a comparative assessment of the overall and relapse-free survival in patients with diffuse breast cancer, depending on the volume of mastectomy performed.

Material and methods. General and relapse-free survival was studied in 50 patients with diffuse breast cancer, depending on the volume of surgery. In 24 (main group) patients, an extended modified mastectomy was performed with closure of the defect of the soft tissues of the chest wall with TDL and TRAM flaps, in 26 (control group) patients, radical mastectomy was performed with closure of the defect of the anterior chest wall with local tissues. Overall and relapse-free survival was studied from the moment the patient was discharged after surgery to the time of death.

Results. During the follow-up period from 3 to 63 months, it was found that the median overall survival in the main group was 38 months, in the control group – 18 months. The overall survival rates were studied separately depending on

the presence (M1) or absence (M0) of distant metastases at the time of surgery. In the main group with M0, the five-year survival rate was 33,6%, with M1 – 25,0%. In patients of the control group with M0, the three-year overall survival rate was only 32,4%, no one lived up to five years. Patients with M1 lived only up to two years. The 63-month relapse-free survival rate in patients of the main group is 14,4%. In the control group, only 10,4% of patients lived for 35 months without local recurrence.

Conclusion. Extended modified mastectomy with closure of the soft tissue defect of the anterior chest wall with TDL and TRAM flaps in patients with diffuse breast cancer has an advantage in overall and recurrence-free survival over traditional radical mastectomy.

Key words: diffuse breast cancer, surgical treatment, general and relapse-free survival

Актуальность

Для диффузного рака молочной железы (РМЖ) характерны диффузное уплотнение всей ткани молочной железы, обусловленное опухолевой инфильтрацией, увеличение ее размеров, гиперемия кожи молочной железы, выраженный симптом «лимонной корки» по всей поверхности молочной железы, резкое утолщение соска и складки ареолы, втяжение и прочная фиксация соска и в большинстве случаев метастатическое поражение подмышечных лимфатических узлов [3, 4].

При диффузной форме РМЖ в большинстве случаев опухоль переходит за пределы кожи и ткани молочной железы – в виде инфильтрации и сателлитов на кожу и мягкие ткани грудной стенки. При таком распространении процесса объем выполняемых операций значительно превышает объемы традиционных мастэктомий. При этом возникает необходимость закрытия формируются обширные дефектов мягких тканей кожно-мышечными лоскутами, перемещенными на сосудистых ножках [1, 5, 6, 7, 8].

Один из важных показателей эффективности лечения злокачественных опухолей, в том числе и при РМЖ, является выживаемость больных, при которой первостепенное значение имеет безрецидивная выживаемость - временной интервал от начала первичного лечения до обнаружения первых признаков рецидива заболевания или смерти (в случае гибели больного до определения у него признаков генерализации процесса).

По сообщению Chin P.L. et al. (2000), при отечно-инфильтративной форме РМЖ после комплексного лечения, включающего радикальную мастэктомию с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки TRAM- и ТД-лоскутами, медиана безрецидивной выживаемости составила 19 месяцев, а средние сроки общей выживаемости - 22 мес. [9]. Беришвили А.И. и Лактионов К.П. (2009) также сообщали, что при диффузном РМЖ с применением современных комплексов тера-

пии медиана безрецидивной выживаемости составляет 22 мес. [2].

Цель исследования

Сравнительная оценка общей и безрецидивной выживаемости больных диффузным РМЖ в зависимости от объема производимой мастэктомии.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 50 больных с диффузными формами РМЖ, которым проведено хирургическое лечение в отделение маммологии и реконструктивной хирургии ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ с 2017 по 2021 гг.

Больные в зависимости от объема хирургического вмешательства были распределены на две группы: 24 (основная группа) пациенткам выполнялась расширенная модифицированная мастэктомию с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами; 26 (контрольная группа) пациенткам произведена радикальная мастэктомию с закрытием дефекта передней грудной стенки местными тканями.

Общую и безрецидивную выживаемость в исследуемых группах изучали от момента выписки больной после операции до времени констатации смерти.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием пакета статистических программ Statistica 10.0 (StatSoft, США). Парные сравнения между группами по качественным показателям проводились по критерию χ^2 , в том числе по точному критерию Фишера (при малом количестве наблюдений).

Результаты и их обсуждение

У больных с диффузной формой РМЖ с самого начала опухолевый процесс имеет распространенный характер и достичь полной регрессии опухоли консервативным способом не представляется возможным. В связи с этим под «безрецидивной выживаемостью» мы подразумевали отсутствие местных проявлений опухоли от момента операции до даты констатации рецидива или даты последней явки больной, если рецидив не обнаружен.

При изучении общей выживаемости сроки наблюдения за больными составили от 3 до 63 месяцев. Установлено, что 6 (25%) больных основной группы прожили 63 и

более месяцев. У больных контрольной группы последний срок общей выживаемости составил 43 месяца, до которого прожили 3 (11,5%) пациенток (рис. 1).

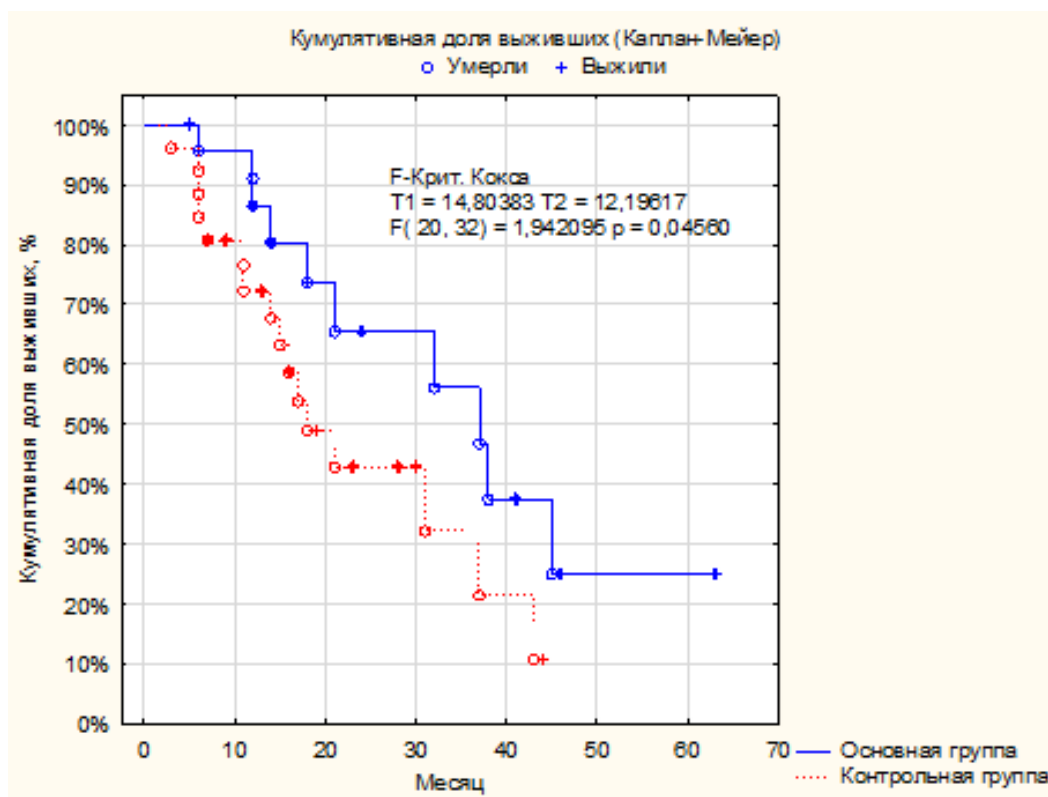


Рис. 1. График выживаемости больных после операции в основной и контрольной группах

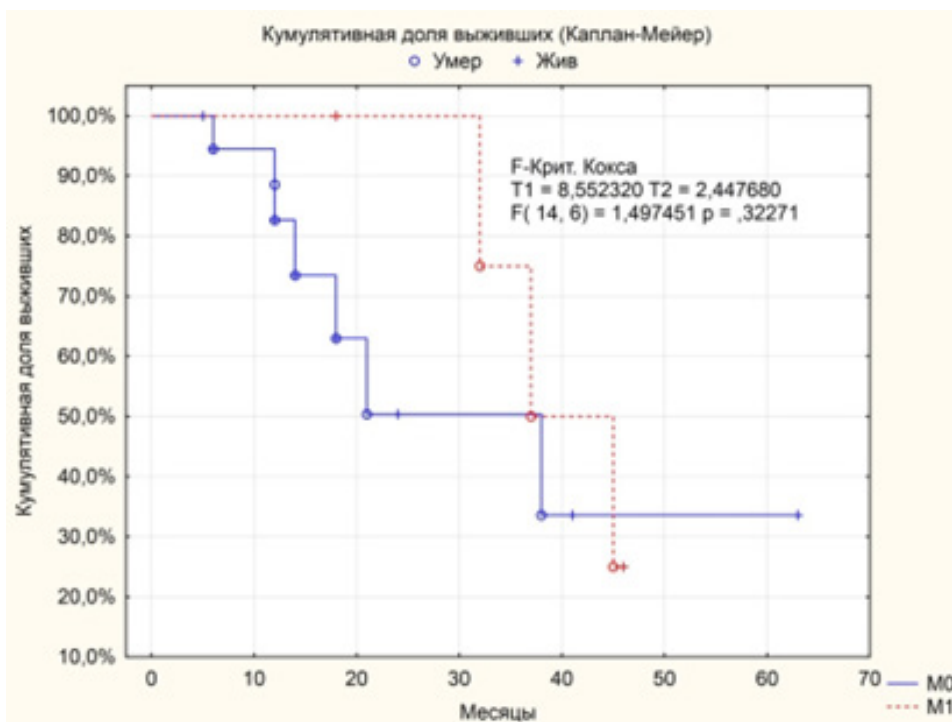


Рис. 2. График выживаемости больных после операции в основной группе с M0 и M1

Данные представленного графика выживаемости больных указывает на статистическую значимость разницы между контрольной и основной группами по данному показателю (p - выживаемость в контрольной группе составила 72%, а в основной группе – 87%). Уровень 3-летней выживаемости в контрольной группе составил 32%, в основной группе – 56%. Уровень 4-летней выживаемости в контрольной группе составил 11%, в основной группе – 24%. Медиана выживаемости в основной группе составляет 38 месяцев, в контрольной группе – 18 месяцев ($p < 0,05$).

Нами изучены показатели общей выживаемости больных основной и контрольной групп в зависимости от наличия (M1) или отсутствия (M0) отдаленных метастазов в момент оперативного вмешательства. Установлено, что у больных основной группы с M0 пятилетняя выживаемость составила 33,6%, а у больных с M1 этот показатель составил 25,0% (рис. 2).

Из трех больных основной группы с M0 двое умерли в сроках 6 и 8 месяцев после реализации метастазов в печени и скелете, одна умерла от другой болезни. В течение второго года жизни ещё трое умерли после реализации метастазов в печени и костях.

Таким образом, однолетняя общая выживаемость в основной группе у пациентов без метастазов (M0) составляет 88,5%, у пациентов с метастазами (M1) – 100,0%. Трёхлетняя общая выживаемость в основной группе у пациентов с M0 составляет 50,4%, у пациентов с M1 – 50,0%. Пятилетняя общая выживаемость в основной группе у пациентов с M0 составляет 33,6%, у пациентов с M1 – 25,0%. Медиана общей выживаемости в основной группе пациентов с M0 составляет 38 мес.

У больных контрольной группы с M0 трёхлетняя общая выживаемость составила всего 32,4%, до пяти лет никто не жил. Больные с M1 в контрольной группе жили всего до двух лет (рис. 3).

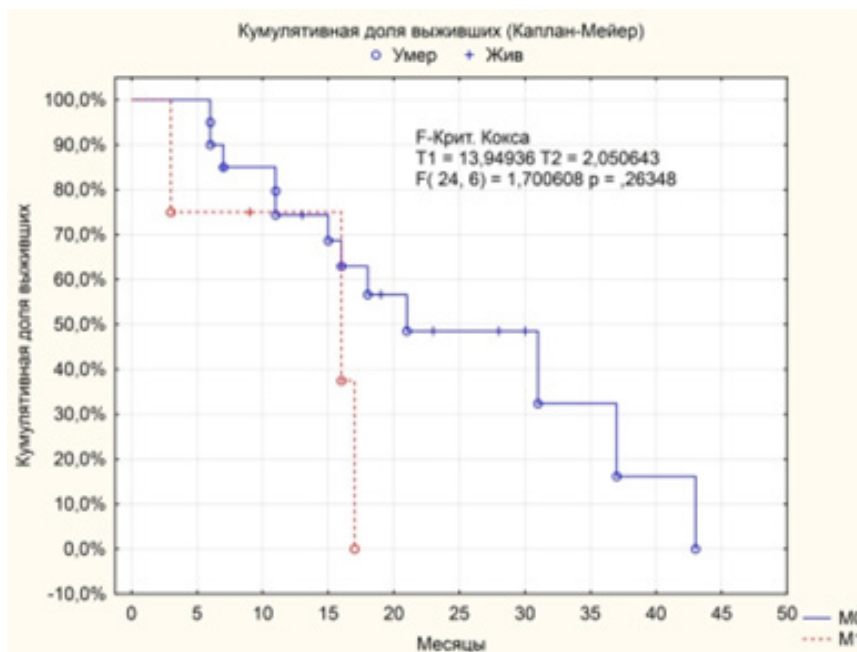


Рис. 3. График выживаемости больных после операции в контрольной группе с M0 и M1

Причинами смерти 4 больных контрольной группы с M0 в течение первого года жизни были местный рецидив и реализация метастазов в печени, скелете и головном мозге.

Таким образом, однолетняя общая выживаемость в контрольной группе у пациентов с отсутствием метастазов составляет 74,4%, у пациентов с наличием отдаленных метастазов – 75,0%. Трёхлетняя общая выживаемость в контрольной группе у пациентов с M0 составляет 32,4%, у пациентов с M1 – 0,0%. Пятилетняя общая выживаемость в

контрольной группе у пациентов с M0 и с M1 – 0,0%. Медиана общей выживаемости в контрольной группе пациентов с M0 составляет 21 мес.

При определении выживаемости без местного рецидива в обеих группах сроки наблюдения составили от 1 до 63 месяцев. Установлено, что 63-месячная выживаемость без рецидива у больных основной группы составляет 14,4%. В контрольной группе всего 10,4% больных прожили 35 месяцев без местного рецидива (табл. 1, рис. 4).

Таблица 1

Сроки выживаемости без местного рецидива по группам

| Срок наблюдения, мес. | Показатели выживаемости, % | |
|-----------------------|----------------------------|---------------------------|
| | основная группа (n=24) | контрольная группа (n=26) |
| 1 | 100,0 | 100,0 |
| 8 | 82,6 | 57,7 |
| 15 | 61,3 | 33,8 |
| 22 | 61,3 | 24,2 |
| 29 | 51,9 | 10,4 |
| 35 | 51,9 | 10,4 |
| 42 | 28,8 | 0,0 |
| 49 | 14,4 | 0,0 |
| 56 | 14,4 | 0,0 |
| 63 | 14,4 | 0,0 |

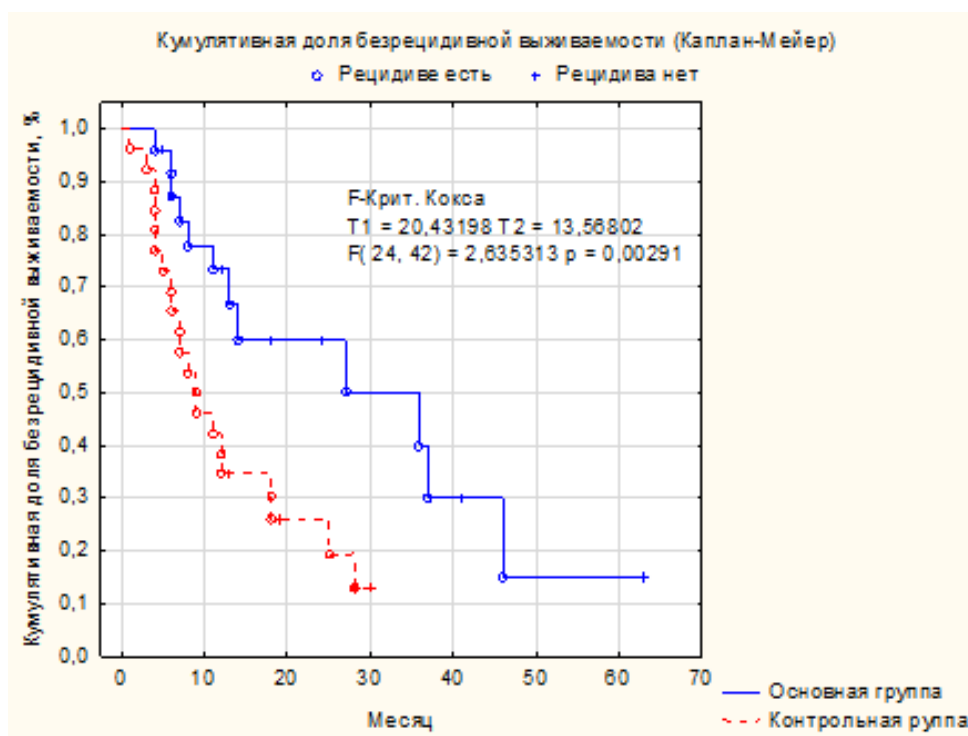


Рис. 4. График выживаемости больных после операции без местного рецидива в основной и контрольной группах

Данные представленного графика по выживаемости без местного рецидива указывают на статистически значимую разницу между контрольной и основной группами по данному показателю (p - выживаемость без местного рецидива в контрольной группе составила 34%, в основной группе – 72%). Уровень 3-летней выживаемости без местного рецидива в контрольной группе составил 12%, в основной группе – 40%. Уровень 4-летней выживаемости без местного рецидива в ос-

новной группе составил 15%. Медиана выживаемости без местного рецидива в основной группе составляет 28 месяцев, в контрольной группе – 10 месяцев ($p < 0,01$).

Таким образом, расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами имеет преимущество перед традиционной радикальной мастэктомией у больных диффузной формой РМЖ как по непосредственным,

так и по отдаленным результатам, оцениваемых в виде общей и безрецидивной выживаемости.

Заключение

Хирургическое вмешательство при диффузном РМЖ заведомо носит паллиативный характер. Оно направлено на избавление больной от распадающейся опухоли или дальнейшего её распада, снижение интоксикации и болевого синдрома, а также повышение качества жизни пациентки. Однако мастэктомия при этом, по возможности, должна проводиться с соблюдением всех

признаков радикальности. Расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами имеет преимущество перед традиционной радикальной мастэктомией у больных диффузной формой РМЖ как по непосредственным, так и по отдаленным результатам, оцениваемых в виде общей и безрецидивной выживаемости.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-8 СМ. В REFERENCES)

1. Дуадзе И.С., Зикирходжаев А.Д., Усов Ф.Н., Багдасарова Д.В., Решетов И.В. Реконструкция молочной железы с использованием аутологичных лоскутов у больных раком молочной железы. // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2023. Т. 12, № 3. С. 86-92.

2. Жукова Л.Г. Рак молочной железы. Клинические рекомендации // Современная Онкология. 2021. Т. 23, № 1. С.5-40.

3. Зикирходжаев А.Д., Рассказова Е.А., Тукманов А.Ю., Широких И.М. Рецидивы после радикальных подкожных/кожесохраняющих мастэктомий с одномоментной реконструкцией при раке молочной железы // Исследования и практика в медицине. 2019. Т. 6, № 1. С. 3340

4. Максимов Д.А., Сергеев А.Н., Морозов А.М., Пельтихина О.В., Минакова Ю.Е. О современных видах хирургического лечения рака молочной железы (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2021. Т. 15, № 1

5. Расулов С.Р. Онкомаммология. Душанбе: Имперал-Групп, 2021. 208 с.

REFERENCES

1. Duadze I.S., Zikiryakhodzhaev A.D., Usov F.N., Bagdasarova D.V., Reshetov I.V. Rekonstruktsiya molochnoy zhelezy s ispolzovaniem autologichnykh loskutov u bolnykh rakom molochnoy zhelezy [Breast reconstruction using autologous flaps in patients with breast cancer]. *Onkologiya. Zhurnal im. P.A. Gertsena – Herzen Journal of Oncology*, 2023, Vol. 12, No. 3, pp. 86-92.

2. Zhukova L.G. Rak molochnoy zhelezy. Klinicheskie rekomendatsii [Breast cancer. Clinical recommendations]. *Sovremennaya Onkologiya – Modern Oncology*, 2021, Vol. 23, No. 1, pp. 5-40.

3. Zikiryakhodzhaev A.D., Rasskazova E.A., Tukmanov A.Yu. Retsidivy posle radikalnykh podkozhnykh/kozheso khannykh mastektomiy s odnomentnoy rekonstruktsiey pri rake molochnoy zhelezy [Relapses after

radical subcutaneous/skinpreserving mastectomies with simultaneous reconstruction in breast cancer]. *Issledovaniya i praktika v meditsine - Research and Practical Medicine Journal*, 2019, Vol. 6, No. 1, pp. 3340

4. Maksimov D.A., Sergeev A.N., Morozov A.M. O sovremennykh vidakh khirurgicheskogo lecheniya raka molochnoy zhelezy (obzor literatury) [About modern types of surgical treatment for breast cancer (literature review)]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy - Journal of new medical technologies*, 2021, Vol. 15, No. 1.

5. Rasulov S.R. *Onkomammologiya* [Oncomammology]. Dushanbe, Imperial-Grupp Publ., 2021. 208 p.

6. Chiasson K.F., Kumbula P.A., Restrepo R.D. Immediate latissimus dorsi and prosthetic reconstruction in the setting of postmastectomy radiation: an analysis of 376 breast reconstructions. *Annals of Plastic Surgery*, 2020, No. 84, pp. 364368

7. Rocque G.B., Williams C.P., Kenzik K.M. Conformance with NCCN treatment guidelines: relations with health care utilization, cost, and mortality in breast cancer patients with secondary metastasis. *Cancer*, 2018, No. 124 (21), pp. 42314240.

8. Rose J., Puckett Y. *Breast Reconstruction Free Flaps*. StatPearls Publ., 2024.

9. Saldanha I.J., Broyles J.M., Adam G.P. Autologous Reconstruction after Mastectomy for Breast Cancer. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2022, No. 10 (3), pp. e4181.

Сведения об авторах:

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – зав. кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», д.м.н., профессор; тел.: (+992) 918682186; e-mail: same_rasulov@mail.ru
Обидов Джурахон Сайдалиевич – заочный аспирант кафедры онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», больничный ординатор ГУРОНЦ МЗСЗНРТ; тел.: (+992) 985338979; e-mail: jurahon86@gmail.com

© Коллектив авторов, 2024

УДК 617.735-007.17-07

¹Рахимова Л.Д., ¹Мухамадиев Р.О.,
²Махмадзода Ш.К.

ОПТИКО-КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КСЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ

¹Кафедра офтальмологии Термезского филиала Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

²Кафедра офтальмологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», Таджикистан

¹Rakhimova L.D., ¹Muhamadiev R.O.,
²Makhmadzoda SH.Q.

OPTICS COHERENT TOMOGRAPHIC ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF XENOPLASTY IN CHORIORETINAL RETINAL DYSTROPHY

¹Department of Ophthalmology, Termez branch of the Tashkent Medical Academy, Uzbekistan.

²Department of Ophthalmology, State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University". Tajikistan

Цель исследования. Оценка состояния сетчатки до и после проведения ксенопластики у больных с хориоретинальной дистрофией сетчатки путём оптической когерентной томографии.

Материал и методы. Объектом исследования служили 27 больных (27 глаз) с диагнозом «Хориоретинальная дистрофия сетчатки», получившие стационарное лечение в офтальмологическом отделении многопрофильного медицинского центра г. Термеза с 2018 по 2022 годов. Возраст больных колебался от 55 до 74 лет, средний возраст составлял 63±1,14 лет. Мужчин было 12 (48%), женщин - 13 (52%).

Всем больным произведена ксенопластика. В качестве биоматериала применен ксеноплант, изготовленный из перикарда овцы методом, предложенным Р.О. Мухамадиевым (авторское свидетельство 002/03-145 2003, г. Термез, Республика Узбекистан).

Для оценки состояния хориоретинального комплекса и структурно-функциональных изменений органа зрения всем больным проведены стандартные офтальмологические обследования: визометрия, периметрия, офтальмоскопия, биомикроскопия, тонометрия, А-В сканирование и оптическая когерентная томография (ОКТ).

Результаты. В начальной стадии ксенопластика останавливает умножение рефлективных образований, утолщается пигментный эпителий и улучшается зрительная функция. В поздней стадии развития процесса ксенопластика стабилизирует процесс истончения пигментного эпителия. Зрительные функции сохраняются на достаточно высоком уровне. В атрофической стадии ксенопластика останавливает дальнейшие деформации макулы, скопление экссудата.

Заключение. Ксенопластика при ранних стадиях хориоретинальной дистрофии является эффективным методом лечения. В поздних стадиях развития процесса она сохраняет имеющиеся зрительные функции.

Ключевые слова: хориоретинальная дистрофия, ксенопластика, опτικο-когерентная томография, рефлективные отложения

Aim. Assessment of the condition of the retina before and after xenoplasty in patients with chorioretinal retinal dystrophy by optical coherence tomography.

Material and methods. Research research methods the subjects of the study were 27 patients with chorioretinal dystrophy. The research methodology included a package of traditional ophthalmological methods and optical coherence tomography (OCT) for studying the retina.

Results. In the initial stage, xenoplasty stops the multiplication of reflective formations, the pigment epithelium thickens and visual functions improve. In the advanced stage, the development of the xenoplasty process stabilizes the process of thinning of the pigment epithelium. Visual functions are maintained at a fairly high level. In the atrophic stage, xenoplasty stops further deformation of the macula and accumulation of exudates.

Conclusion. Xenoplasty for chorioretinal dystrophy is a very effective treatment method for the early stages of development of chorioretinal dystrophy. In the later stages of development of the process, it retains existing visual functions.

Key words: *chorioretinal dystrophy, xenoplasty, optical coherence tomography, reflective deposits*

Актуальность

Хориоретинальная дистрофия – это инволюционные дистрофические изменения, затрагивающие преимущественно хориокапиллярный слой сосудистой оболочки глаза, пигментный слой сетчатки и расположенную между ними стекловидную пластинку (мембрану Бруха). В клинической офтальмологии хориоретинальная дистрофия (возрастная макулярная дегенерация) относится к сосудистой патологии глаза и характеризуется постепенными необратимыми изменениями макулярной области сетчатки со значительной потерей центрального зрения обоих глаз у пациентов старше 50 лет [1, 2].

В лечении хориоретинальной дистрофии используют медикаментозную терапию, которая включает в себя внутривенное, парабульбарное введение дезагрегантов и антикоагулянтов прямого и непрямого действия, ангиопротекторов, сосудорасширяющих препаратов, антиоксидантов, гормонов, ферментов, витаминов [4, 5].

Почти во всех случаях медикаментозное лечение не даёт желаемого результата. Поэтому во многих клиниках прибегают к лазерным, хирургическим методам, а также к электро-окулоstimуляции и магнитоstimуляции, что позволяет стабилизировать и частично компенсировать состояние, т.к. полное восстановление нормального зрения невозможно [3, 6].

Постоянные поиски новых методов лечения являются злободневными вопросами всех офтальмологов. Нами проводилась попытка лечения ксенотрансплантацией в ретробульбарное пространство больным с хориоретинальной дистрофией сетчатки различного характера, так как в литературе имеются данные об улучшении гемодинамики и местных иммунных состояниях глазного яблока после имплантации различных ксено- и аллоплантов в глаз [7].

В офтальмологии с связи с внедрением новой технологически высокоточной диагностики все большее распространение получает оптико-когерентная томография

для диагностики степени патологического состояния сетчатки и сосудистого тракта. С 2018 г. в офтальмологическом отделении многопрофильного медицинского центра г. Термеза применяется метод оптической когерентной томографии (ОКТ) для исследования сетчатки. Для выполнения ОКТ используется новейший прибор REVO FC SO со встроенной фундус-камерой, производство OPTOPOL TECHNOLOGY (Польша).

В основе ОКТ лежит исследование отражённого от сетчатки света. Данная методика даёт возможность получить двух- и трёхмерные картины глазного дна, а также оптические «срезы» сетчатки. Разрешающая способность метода достаточно значительна, что и позволяет распознавать на полученных сканограммах отдельные клеточные слои сетчатки [2].

В норме на томограмме правильный профиль макулы определяется с небольшим углублением в центре. Слои сетчатки проявляются в зависимости от светоотражающей способности, в норме одинаковые по толщине, без очаговых изменений. Также можно оценить слой нервных волокон сетчатки, наружный, внутренний и плексиформные слои, фоторецепторы и собственно сосудистую оболочку. На оптической томограмме наружные слои сетчатки ограничены высокофоторефлектирующей ярко-красной полосой толщиной около 70 мкм. Она представлена комплексом пигментного эпителия сетчатки и хориокапиллярного слоя. Более тёмная полоса, которая выделяется на ОКТ перед комплексом «ПЭ-хориокапилляры», представлена фоторецепторами. Резкая разница по интенсивности окраски полос между этими слоями позволяет измерить толщину сетчатки. В центре макулы она составляет в среднем около 128 мкм, у края желтого пятна – 270 мкм. Ярко-красная линия на внутренней поверхности сетчатки показывает толщину слоя перипапиллярных нервных волокон [3, 4].

На сегодняшний день установлено, что центральная дистрофия сетчатки у пожилых людей – это генетически обусловленная

патология с расположением первичного патологического процесса в пигментном эпителии сетчатки и хориокапиллярах желтого пятна [7]. Применение ОКТ при оценке эффективности ксенопластики в разных формах ХРД имеет большую клиническую ценность. С помощью оптической когерентной томографии подтверждены морфологические изменения сетчатки, а также точно оценена эффективность лечения.

Цель исследования

Оценка состояния сетчатки до и после проведения ксенопластики у больных с хориоретинальной дистрофией сетчатки путём оптической когерентной томографии.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 27 больных (27 глаз) с диагнозом «Хориоретинальная дистрофия сетчатки», получивших стационарное лечение в офтальмологическом отделении многопрофильного медицинского центра г. Термеза с 2018 по 2022 годов. Возраст больных колебался от 55 до 74 лет, средний возраст составлял $63 \pm 1,14$ лет. Мужчин было 12 (48%), женщин - 13 (52%).

Всем больным была произведена имплантация ксенопланта в субтеноновое пространство по методике, предложенной Р.О. Мухамадиевым.

Для оценки состояния хориоретинального комплекса и структурно-функциональных изменений органа зрения всем больным проведены стандартные офтальмологические обследования: визометрия, поле зрения, офтальмоскопия, биомикроскопия, тонометрия, А-В сканирование и оптическая когерентная томография (ОКТ).

Данные анализа на основе протокола «Retinal thickness map» позволяют объективно оценить толщину сетчатки в диаметре 6 мм от центральной зоны вокруг точки фиксации на основе информации от 6 радиальных сканов, проходящих через центр макулы. Оптические томограммы сравнивались с диагностической картиной глазного дна и ультразвуковых исследований.

В качестве биоматериала был применен ксеноплант, изготовленный из перикарда овцы (авторское свидетельство 002/03-145 2003 г. Термез, Республика Узбекистан).

Результаты и их обсуждение

Применение ОКТ для исследования центральных отделов сетчатки позволило выявить или уточнить детали строения макулы до и после проведения ксенопланта при хориоретинальных дистрофиях сетчатки и макулодистрофиях.

В классификации ИЦХРД выделены неэкссудативная, экссудативная и рубцовая формы.

У 19 (70,4%) пациентов (19 глаз) была выявлена неэкссудативная форма ИЦХРД (ретиальные друзы, дефекты пигментного эпителия, перераспределение пигмента, атрофия пигментного эпителия и хориокапиллярного слоя). Визуализировалось это в виде неровностей, располагающихся на уровне «пигментного эпителия – хориокапилляров».

У 5 (18,5%) пациентов (5 глаз) была выявлена отслойка пигментного эпителия, у 3 (11,1%) человек (3 глаза) - рубцовая форма ХРД. Отслойка пигментного эпителия на томограммах определялась в виде куполообразной приподнятости слоя, а под отслойкой пигментного эпителия выглядела темным пятном. В ряде случаев обнаружены его разрывы (7 случаев).

Клиническое течение хориоретинальной дистрофии хроническое, медленно прогрессирующее.

Поздняя атрофическая стадия макулодистрофии характеризовалась распространением атрофического процесса в периферические части сетчатки, что сопровождалось необратимой потерей зрительных функций и такие случаи обычно протекали двухсторонне. На ОКТ пигментно-эпителиальный слой визуализируется плотным фиброзным образованием хориоидальной неоваскуляризацией, которая на фоне гиперрефлективной пигментации не совсем визуализируется, над фиброзной отслойкой скапливается экссудативная отслойка пигментного эпителия. Сетчатка, как правило, истончена.

Гиперпигментированные очаги проявляются как точечные гиперрефлективные зоны на уровне слоя «ПЭ-хориокапилляров», затеняющие изображение от лежащей под ним собственной сосудистой оболочки. Атрофия пигментного эпителия выглядит как гиперрефлективные участки, т.к. в этой зоне повышается интенсивность отражённого сигнала от хориоидеи.

У 14 (56%) пациентов (18 глаз) была выявлена отслойка пигментного эпителия, у 5 (11,1%) человек (3 глаза) - рубцовая форма ХРД. Отслойка пигментного эпителия на томограммах определялась в виде куполообразной приподнятости слоя, а под отслойкой пигментного эпителия выглядела темным пятном. В ряде случаев выявили его разрывы (7 случаев – 25,9%). Рубцовая стадия хориоретинальной дистрофии протекает с образованием фиброзной ткани и формированием рубца.

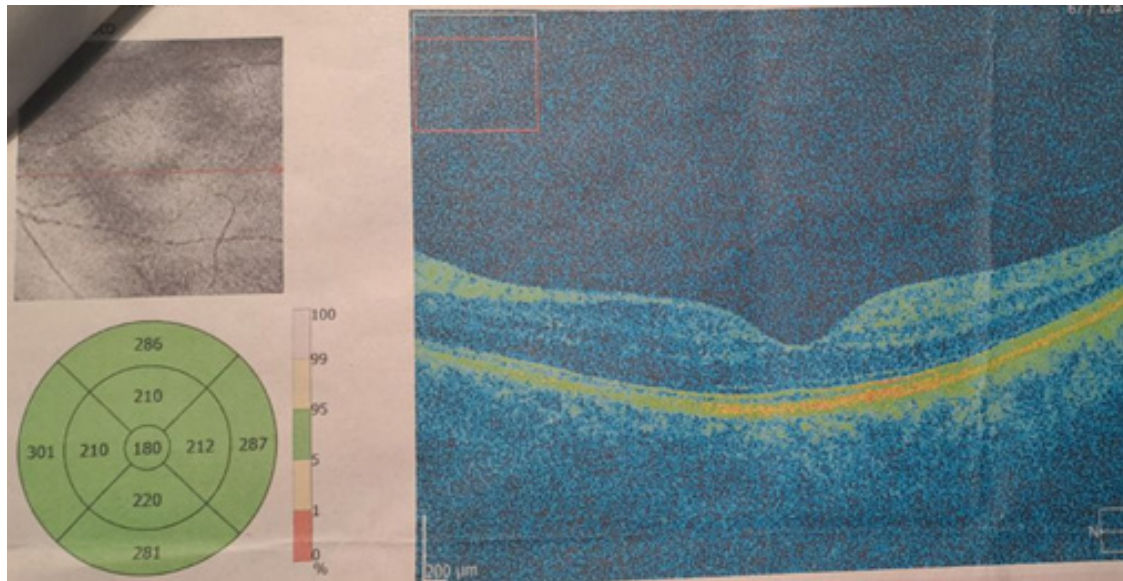


Рис. 1. На ОКТ ранняя стадия возрастной макулодистрофии проявлялась изменениями пигментного эпителия сетчатки в виде гиперпигментации, проявлениями некоторой истонченности фоторецепторов наружной пограничной мембраны, что привело к смещению ядерных слоёв. Это сопровождалось повреждением фоторецепторов сетчатки. Толщина сетчатки в макуле до 180 мкм. Острота зрения 0.5.

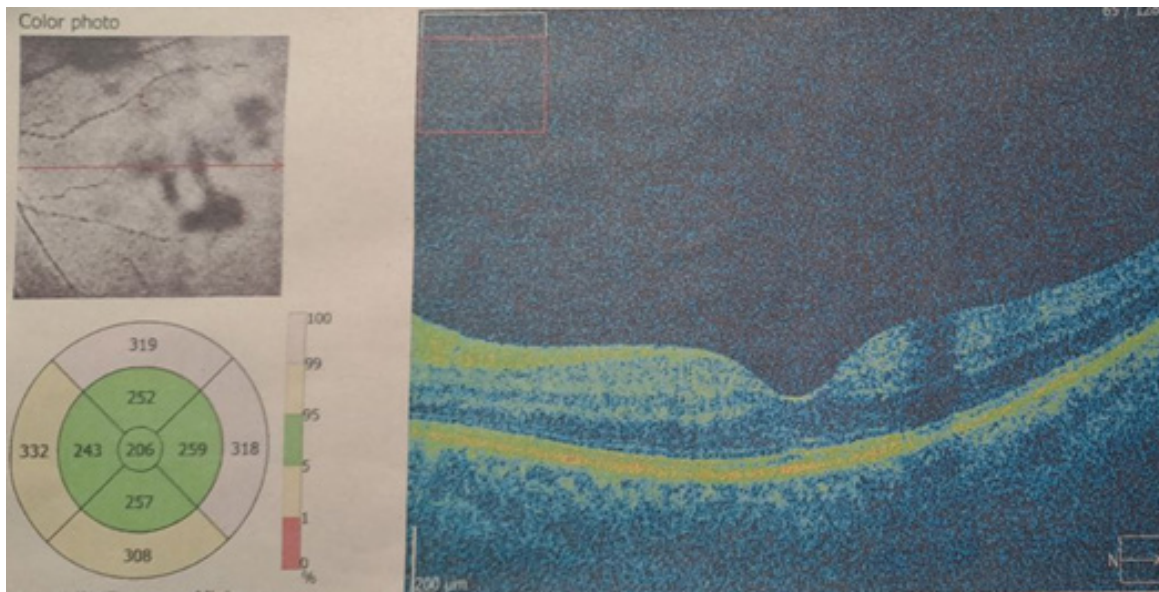


Рис. 2. ОКТ картина после ксенопластики, прогрессирование истончения сетчатки стабилизировалось. Толщина сетчатки в макуле до 206 мкм, отложения гиперпигментированности почти исчезли. Острота зрения поднялась до 0.8. Исчезли ощущения искривления предметов при взгляде

Исходя из вышеуказанных данных ОКТ, нам удалось прижизненно определить состояние нейроэпителия, пигментных слоёв сетчатки и наличие гиперрефлекторных образований, которые приводят к дисбалансу структуры сетчатки. ОКТ позволяла послойно визуализировать локализацию, форму и

структуру гиперрефлекторных образований, неоваскулярных образований и появления экссудатов, толщину сетчатки, отслойки пигментного эпителия.

Нам удалось прижизненно определить состояние нейроэпителия, пигментных слоёв сетчатки и наличие гиперрефлекторных обра-

зований, что приводит к дисбалансу структуры сетчатки. ОКТ позволяла послойно визуализировать локализацию, форму и структуру гипер-

рефлекторных образований, неоваскулярных образований и появление экссудатов, толщину сетчатки, отслойку пигментного эпителия.

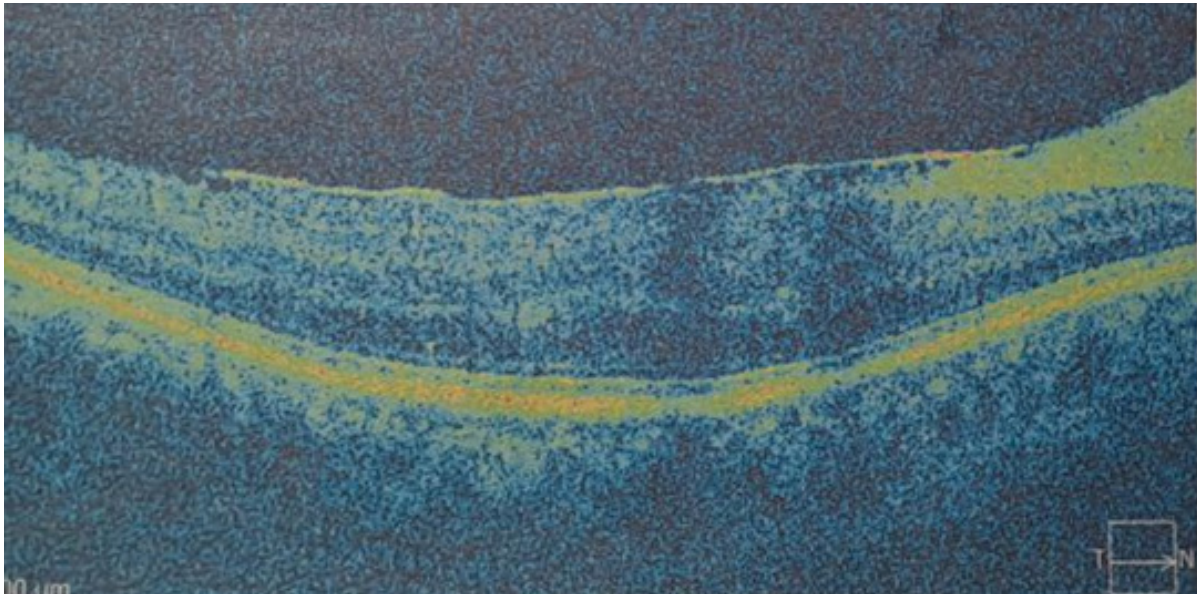


Рис. 3. Промежуточная стадия макулодистрофии сетчатки. Нет характерной макулярной ямки. Неравномерные скопления пигментов в макулярной и парамакулярной области и очаги атрофичных участков. Ядерный слой значительно истончён. Визуализируются гиперрефлективные интравитреальные отложения. Слой нейроэпителия подтянут к мембране Бруха. Острота зрения 0,1.

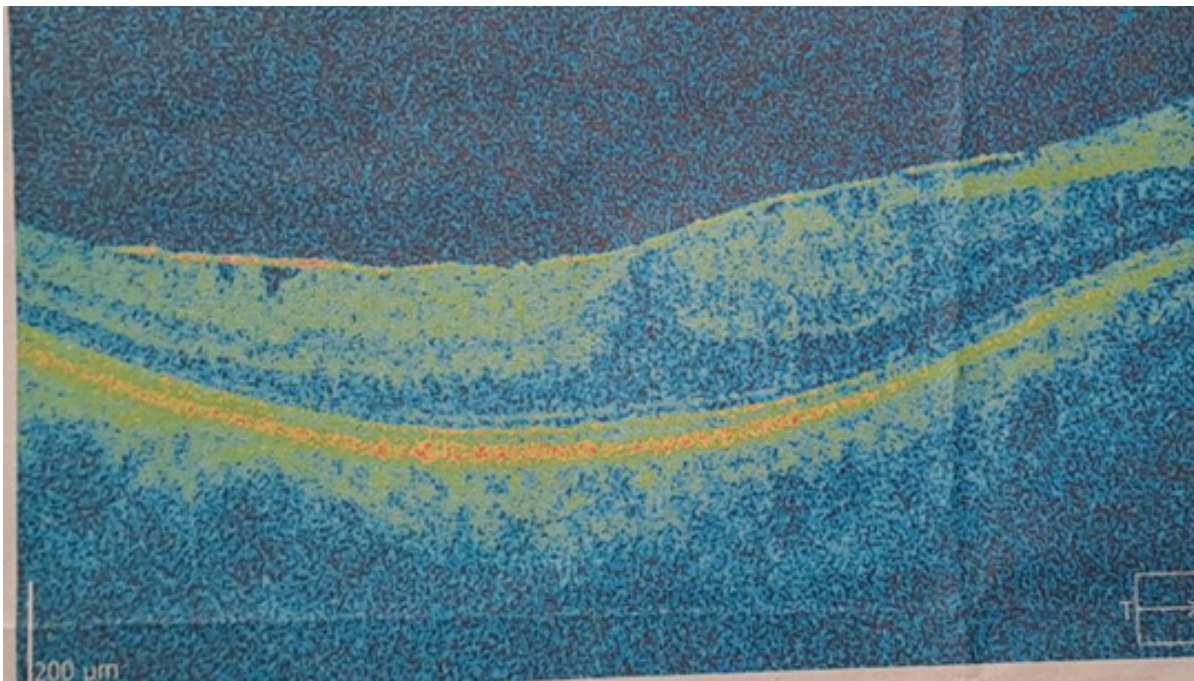


Рис. 4. Состояние сетчатки через 3 месяца после ксенопластики: нет характерной макулярной ямки. Неравномерные скопления пигментов в макулярной и парамакулярной областях и очаги атрофичных участков уменьшились. Ядерный слой значительно истончён. Значительно уменьшились гиперрефлективные интравитреальные отложения. Слой нейроэпителия подтянут к мембране Бруха. Острота зрения 0,5.

В ранней стадии хориоретинальной дистрофии появлялась гиперпигментация эпителия сетчатки некоторой истонченности фоторецепторов наружной пограничной мембраны, что привело к смещению ядерных слоёв. После ксенопластики картина прогрессирования истончения сетчатки стабилизировалась. Толщина сетчатки в макуле доходила до 206 мкм, отложения гиперпигментированности почти исчезли. Острота зрения поднялось до 0,8.

В развитой стадии хориоретинальной дистрофии сетчатки появляются неравномерные скопления пигментов в макулярной и парамакулярной областях и очаги атрофичных участков. Ядерный слой значительно истончен и наблюдаются гиперрефлективные интратретинальные отложения.

Состояние сетчатки через 3 месяца после ксенопластики: остались неравномерные скопления пигментов, в зоне дистрофии значительно уменьшились гиперрефлективные интратретинальные отложения. Слой нейроретинального эпителия подтянут к мембране Бруха. Острота зрения 0,5.

В поздней стадии хориоретинальной дистрофии атрофический процесс распространился

в периферические части сетчатки, что сопровождалось необратимой потерей зрительных функций. Появились плотные фиброзные образования, над фиброзной отслойкой.

Заключение

В начальной стадии хориоретинальной дистрофии (19 глаз – 70,4%) проведённая ксенопластика останавливает умножение рефлективных образований, утолщается пигментный эпителий и улучшаются зрительные функции (до 0,6 - 0,8).

В развитой стадии хориоретинальной дистрофии (5 глаз – 18,5%) проведённая ксенопластика стабилизирует процесс истончения пигментного эпителия. Зрительные функции сохраняются на достаточно высоком уровне.

В атрофической стадии хориоретинальной дистрофии (3 глаза – 11,1%) проведённая ксенопластика останавливает дальнейшие деформации макулы, скапливания экссудатов. Пациенты отмечают субъективное улучшение зрения в виде незначительного расширения поля зрения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6, 7 см. в REFERENCES)

1. Жукова С.И. Значение оптической когерентной томографии с функцией ангиографии в диагностике миопической хориоидальной неоваскуляризации // Вестник офтальмологии. 2021. № 5. С. 68-77.

2. Кривошеева М.С., Иойлева Е.Э. Оптическая когерентная томография – ангиография как метод неинвазивной диагностики патологии микроциркуляторного русла зрительного нерва и макулярной зоны сетчатки // Российский офтальмологический журнал. 2021. № 2. С. 90-95.

3. Кириллова М.О., Журавлева А.Н., Зуева М.В., Цапенко И.В. Структурно-функциональные корреляции в препериметрической и начальной стадиях глаукомной оптической нейропатии // Российский офтальмологический журнал. 2021. № 2. С. 14-22.

4. Курьшева Н.И., Арджевнишвили Т.Д., Трубинина А.В. Сравнительное исследование ретробульбарного и ретинального кровотока при первичной глаукоме и её сочетании с ВМД // Новости глаукомы. 2017. № 1. С. 69-72.

5. Тузлаев В.В. и др. Оптическая когерентная томография-ангиография в диагностике изменений капиллярного кровотока макулы при хронической ишемической ретинопатии // Вестник офтальмологии. 2023. № 2. С. 17-27.

REFERENCES

1. Zhukova S.I. Znachenie opticheskoy kogerentnoy tomografii s funktsiyey angiografii v diagnostike miopicheskoy khorioidalnoy neovaskulyarizatsii [The value of

optical coherence tomography with angiography function in the diagnosis of myopic choroidal neovascularization]. *Vestnik oftalmologii – Bulletin of Ophthalmology*, 2021, No. 5, pp. 68-77.

2. Krivosheeva M.S., Ioyleva E.E. Opticheskaya kogerentnaya tomografiya – angiografiya kak metod neinvazivnoy diagnostiki patologii mikrotsirkulyatornogo rusla zritel'nogo nerva i makulyarnoy zony setchatki [Optical coherence tomography – angiography as a method of non-invasive diagnosis of pathology of the microvasculature of the optic nerve and the macular zone of the retina]. *Rossiyskiy oftalmologicheskiy zhurnal – Russian Journal of Ophthalmology*, 2021. № 2. S. 90-95.

3. Kirillova M.O., Zhuravleva A.N., Zueva M.V., Tsapenko I.V. Strukturno-funktsionalnye korrelyatsii v preperimetricheskoy i nachalnoy stadiyakh glaukomnoy opticheskoy neyropatii [Structural-functional correlations in the preperimetric and initial stages of glaucomatous optic neuropathy]. *Rossiyskiy oftalmologicheskiy zhurnal – Russian Journal of Ophthalmology*, 2021, No. 2, pp. 14-22.

4. Kuryshva N.I., Ardzhevishvili T.D., Trubinina A.V. Sravnitel'noe issledovanie retrobulbarnogo i retinalnogo krovotoka pri pervichnoy glaukome i eyo sochetanii s VMD [Comparative study of retrobulbar and retinal blood flow in primary glaucoma and its combination with AMD]. *Novosti glaukomy – Glaucoma News*, 2017, No. 1, pp. 69-72.

5. Tuzlaev V.V. Opticheskaya kogerentnaya tomografiya-angiografiya v diagnostike izmeneniy kapillyarnogo krovotoka makuly pri khronicheskoy ishemicheskoy retinopatii [Optical coherence tomography-angiography in

the diagnosis of changes in the capillary blood flow of the macula in chronic ischemic retinopathy]. *Vestnik oftalmologii – Bulletin of ophthalmology*, 2023, No. 2, pp. 17-27.

6. Cunningham C., Critser D., Han I. Swept-Source OCT of a Scleral Tunnel in Choroideremia. *Ophthalmology*, 2018, Vol. 125, No. 6, pp. 806.

7. Diaz J. Imaging the deep choroidal vasculature using spectral domain and swept source optical coherence tomography angiography. *Journal of Vitreo Retinal Diseases*, 2018, No. 3, pp. 146-154.

Сведения об авторах:

Рахимова Лобар Дилмуродовна – ассистент кафедры офтальмологии Термезского филиала Ташкентской Ме-

дицинской Академии, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 132000, РУз, Сурхандарьинская область, г. Термез, ул. Ислама Каримова, 64; тел: (+998) 936345599; e-mail: raximovalobar@gmail.com

Мухамадиев Рахман Оманович – профессор кафедры офтальмологии Термезского филиала Ташкентской Медицинской Академии, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н.; 132000, РУз Сурхандарьинская область, г. Термез, ул. Ислама Каримова, 64; Тел: (+998)937966608; e-mail: rakhman.mukhamadiev@mail.ru

Махмадзода Шамсулло Курбон – зав. кафедрой офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н., доцент; 734026, РТ, г. Душанбе, р. Сино, ул. Сино 29-31; тел: (+992) 918636836; e-mail: shamsullo@mail.ru

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616.31-005.616.311.1

¹Хамидов А.И., ²Ашуров Г.Г.,
²Каримов С.М.

КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНОГО СОСТОЯНИЯ ОКОЛОЗУБНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ МУКОГИНГИВАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

¹Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

¹Khamidov A.I., ²Ashurov G.G.,
²Karimov S.M.

CLINICAL AND X-RAY'S CHANGE OF THE STRUCTURED CONDITION OF THE BESIDETEETH'S TISSUE AT ANATOMICAL AND FUNCTIONAL DISORDERS OF THE MUCOGINGIVAL COMPLEX

¹Department of Orthopedic Dentistry of the Avicenna Tajik State Medical University

²Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучить структурное состояние околозубных тканей у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса.

Материал и методы. Проводилось клинико-рентгенологическое исследование у 82 пациентов в возрасте от 18 до 40 лет с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса. В первую клиническую группу включены 24 пациента со средним преддверием полости рта, II типом соотношения отделов свободной и прикрепленной десны, средним и толстым биотипом десны, II типом прикрепления уздечек губ без клинических симптомов нуждаемости преддверия, уздечки или бокового тяжа слизистой полости рта в коррекции. Во вторую группу вошли 24 пациента с мелким преддверием полости рта, которые имели соотношение отделов свободной и прикрепленной десны по II типу, тонким и средним биотипом десны и II тип прикрепления уздечек губ или тяжей слизистой оболочки полости рта, а также их гипертрофия, с положительными симптомами нуждаемости перечисленных анатомических структур в коррекции. В третью группу вошли 24 пациентов с вышеперечисленными анатомо-функциональными нарушениями, обнаруженными во вторую группу. Среди этих пациентов обнаружены рецессии десны III типа, характеризующиеся потерей высоты межзубных сосочков и (или) межзубных костных перегородок апикальнее цементно-эмалевого соединения. Четвертая группа (10 человек, контрольная) характеризовалась клинически интактным пародонтом, с глубоким преддверием полости рта, нормальным соотношением отделов десны, толстым биотипом десны и прикреплением уздечек губ или боковых тяжей по I типу.

Результаты. При наличии мукогингивального нарушения у пациентов второй группы средняя степень воспаления в пародонтальных структурах краевого пародонта встречается примерно одинаково в сравнении с пациентами первой группы (28,7% и 20,8% соответственно). Вместе с тем, у пациентов второй группы легкая степень гингивита (25,1%) встречается в 2,7 раза реже, а тяжелая степень гингивита – в 3,7 раза чаще, по сравнению с пациентами первой группы (46,2%).

Заключение. Полученные рентгенологические результаты среди пациентов второй и третьей группы с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса свидетельствует о резорбции вестибулярной пластинки в области исследуемых зубов. Локальный резорбтивный процесс альвеолярной

кости происходит именно из-за нарушения окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения исследуемой зоны.

Ключевые слова: мукогингивальный комплекс, преддверия рта, свободная десна, прикрепленная десна, альвеолярный отросток

Aim. Study the structured condition an nearteeth tissue beside patient with anatomist-functional disorders of mucogingival complex.

Material and methods. Conducted the clinical and x-ray study beside 82 patients at the age from 18 to 40 years with anatomist-functional disorders of mucogingival complex. Examined patients were grouped on four: 24 patients were enclosed in first clinical group with average threshold of oral cavity, II type of the correlation division free and attached gums, average and thick biotype of the gums, II type of the fastening lips frenula without clinical symptoms of the needs the thresholds, frenula or lateral bridle of mucous of oral cavity in correction. In second group entered 24 patients with small threshold of the oral cavity, which had a correlation division free and attached gums on II type, average and thick biotype of the gums, and II type of the fastening frenula lips or bridle of the mucous of oral cavity, as well as their hypertrophy, with positive symptoms of the needs enumerated anatomical structures in correction. In the third group entered 24 patients with afore-mentioned anatomist-functional disorders, discovered in the second group. Amongst these patient discovered recession of gum's III type, characterizing losses of the height of interdental papilla and (or) interdental bone partiton apicaled cement-enamel join. Fourth group (10 persons, checking) was characterized by clinical intact parodont, with deep threshold of the oral cavity, normal correlation division of gums, thick biotype of the gums, and fastening frenula lips or lateral bridle I type.

Results. At presence of mucogingival disorders beside patient of the second group average degree of inflammations in parodontal structure of marginal parodont meets approximately equally in comparison with patient of the first group (28.7% and 20.8% accordingly). Together with that, beside patient of the second group light degree of gingivitis (25.1%) meets in 2.7 times less, but heavy degree of the gingivitis - in 3.7 times more often in contrast with patient of the first group (46.2%).

Conclusion. Got x-ray results amongst patient second and the third group with anatomist-functional disorders of mucogingival complex is indicative of plate's resorbtion in the field of under investigation teeth. Local resobtion process of alveolar bone occurs exactly because of disorders of occlusion articulation relations of the under investigation zone.

Key words: mucogingival complex, threshold of the oral cavity, free gum, attached gum, alveolar off shoot

Актуальность

В структуре стоматологической заболеваемости кариес зубов и патологии пародонта по-прежнему занимают соответственно первое и второе места по распространенности и интенсивности. Максимальную серьезность для организма человека представляют хронические очаги инфекции одонтогенного генеза. Воспаление в области верхушки корня зуба и пародонтальных карманов является одной из причин одонтогенного воспалительного процесса челюстно-лицевой области и могут нарушать гомеостатический статус организма в целом [1, 2].

Несмотря на близкие анатомо-топографические связи зуба с окружающими тканями, явные поражения околозубных тканей с выраженной клинической картиной в зависимости от анатомо-функционального состояния зубочелюстной системы встречаются довольно редко. При некоторых условиях поражение зубов и окружающих тканей у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями зубочелюстной системы являются самостоятельными нозологическими единицами, диагностика и

лечение которых изучаются стоматологами на протяжении всей профессиональной деятельности [4, 6].

Зуб вместе с пародонтальным комплексом рассматривается как одна функционирующая морфологическая система. При этом поражение отдельных частей комплекса неминуемо оказывает влияние на функцию зуба и пародонтальных структур. Поэтому проникновение инфекционных агентов и продуктов воспаления сосудистым и тубулярным путем из кариозного очага в пародонт и обратно превращает поражение этих объектов в сложный патоморфо-функциональный симптомокомплекс [3, 5]. Вследствие этого в клинической стоматологической практике в последние годы стали использоваться такое понятие как «анатомо-функциональное нарушение мукогингивального комплекса».

У пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса клиническая картина заболевания зубов и тканей пародонта на ранних стадиях кариесологического и пародонтологического поражения характеризуется маловыражен-

ным течением, что мешает своевременно его диагностировать и, следовательно, отдаляет адекватные лечебно-профилактические мероприятия стоматологического характера среди пациентов с названной нозологией.

На сегодня в стоматологии проблема диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний, алгоритм диагностики и лечения вышеупомянутой патологии при анатомо-функциональном нарушении мукогингивального комплекса имеют непосредственное значение не только для пациентов, но и для врачей-стоматологов любого направления. В Республике Таджикистан данные, освещающие эту проблему, практически отсутствуют. В связи с этим возникает необходимость дальнейшего изучения проблемы кариесо-пародонтологических поражений у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса.

Совершенствуя вопросы в указанном аспекте, следует отметить, что патологические процессы в зоне анатомо-функционального нарушения мукогингивального комплекса при отсутствии своевременного соответствующего лечения характеризуются неуклонным прогрессирующим течением и сопровождаются определенными воспалительно-деструктивными осложнениями, что определяет актуальность планируемого исследования.

Цель исследования

Изучить структурное состояние околозубных тканей у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса.

Материал и методы исследования

На базе кафедры терапевтической стоматологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» проводилось открытое проспективное клинко-рентгенологическое исследование у 82 пациентов (48 женщин, 34 мужчин) в возрасте от 18 до 40 лет с соотношением зубных рядов, близким к ортогнатическому прикусу, при наличии у них максимального окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения зубных рядов, с отсутствием разнонаправленных межсистемных нарушений в организме.

Обследованные пациенты были сгруппированы в четыре группы. В первую клиническую группу включены 24 пациента со средним преддверием полости рта (глубина преддверия до 10 мм), II типом соотношения отделов свободной (С) и прикрепленной (П)

десны (размер свободной десны больше прикрепленной), средним и толстым биотипом десны, II типом прикрепления уздечек губ (высокое на нижней челюсти и низкое на верхней челюсти прикрепление, ширина уздечек равна 2 мм), без клинических симптомов нуждаемости преддверия, уздечки или бокового тяжа слизистой полости рта в коррекции.

Во вторую группу вошли 24 пациента с мелким преддверием полости рта (глубина преддверия до 5 мм), которые имели соотношение отделов свободной и прикрепленной десны по II типу ($C > П$), тонким и средним биотипом десны и II тип прикрепления уздечек губ (ширина уздечек меньше 2 мм) или тяжей слизистой оболочки полости рта, а также их гипертрофией, с положительными симптомами нуждаемости перечисленных анатомических структур в коррекции.

Среди пациентов второй группы также визуализировали положительный симптом «ишемии сосудов», «отставание» десен от зубов при функционировании жевательно-мышечного комплекса, диастемы. Также зарегистрированы локальные рецессии 1 (характеризуются сохраненными межзубными десневыми сосочками без потери высоты межзубных костных перегородок и без потери зубодесневого прикрепления; цементно-эмалевое соединение четко визуализируется; самая апикальная точка рецессии находится корональнее слизисто-десневого соединения; зуб правильно расположен в зубной дуге – не повернут вокруг вертикальной оси, не подвержен экструзии; межзубные сосочки заполняют все пространство между костью и контактным пунктом рядом стоящих зубов) и 2 (характеризуется сохраненными межзубными десневыми сосочками без потери высоты межзубных костных перегородок и без потери прикрепления мягких тканей; цементно-эмалевое соединение четко визуализируется; самая апикальная точка рецессии находится апикальнее слизисто-десневого соединения; зуб правильно расположен в зубной дуге) класса по Miller (1995).

В третью группу вошли 24 пациента с вышеперечисленными анатомо-функциональными нарушениями, обнаруженными во второй группе. Среди этих пациентов нами обнаружены рецессии десны III (характеризуются потерей высоты межзубных сосочков и (или) межзубных костных перегородок апикальнее цементно-эмалевое соединения), но корональнее относительно апикальной границе вестибулярной рецессии. Среди

обследованных лиц этой группы цементно-эмалевое соединение визуализируется. Зуб может быть немного ротирован вокруг центральной оси, занимать аномальное положение или подвергнут экстррузии. Межзубные сосочки не заполняют интерпроксимальные пространства полностью. В третьей группе также зафиксирована рецессия IV класса, характеризующаяся уменьшением высоты межзубных костных перегородок апикальнее наиболее апикальной части рецессии. Степень потери зубодесневого прикрепления на аппроксимальных участках равняется прикреплению с вестибулярной стороны или превышает его потерю. При этом среди обследованных лиц цементно-эмалевое соединение визуализируется и сама рецессия достигает слизисто-десневого соединения или распространяется апикальнее. Зуб в зоне расположения слизисто-мышечного поражения сильно ротирован вокруг центральной оси и занимает выраженное аномальное положение или подвергнут экстррузии. В третьей группе пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса межзубные сосочки не заполняют интерпроксимальные пространства полностью. При этом очень четко визуализируется цементно-эмалевое соединение, рецессия десны достигает слизисто-десневого соединения или распространяется апикальнее. Зуб может быть сильно ротирован вокруг центральной оси, занимать выраженное аномальное положение или подвергнут экстррузии. Межзубные сосочки не заполняют интерпроксимальные пространства полностью.

Четвертая группа (10 человек, контрольная) характеризовалась клинически интактным пародонтом, с глубоким преддверием полости рта (глубина преддверия больше 10 мм), нормальным соотношением отделов десны (размер свободной десны меньше прикрепленной (С < П), толстым биотипом десны и прикреплением уздечек губ или боковых тяжей по I типу (прикрепление к основанию межзубного сосочка).

Обследованные пациенты заранее подписывали добровольное информирование согласие на участие в научном исследовании и на использовании полученных данных в научных целях.

Среди пациентов проводили клиническую визуализацию состояния пародонтологического статуса с объективизацией десневого фенотипа, типа прикрепления уздечек губ, соотношения отделов свободной и прикрепленной десны, глубины преддверия полости

рта, выраженности боковых тяжей слизистой оболочки полости рта, состоянии десневого края, наличии пародонтальных карманов и степени подвижности зубов. Также среди обследованных лиц определяли гигиенические и пародонтальные индексы. Среди пациентов клинических групп проводилось рентгенологическое исследование с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии.

В ходе выполнения работы в зависимости от типа случайных величин использованы методы статистической обработки. Для сравнения показателей использовали Т-критерий Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке нулевой гипотезы принимали равным 0,05. Обработку и графическое представление данных осуществляли с помощью компьютерных программ Statistica 12.0 и Microsoft Excel (2017).

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты позволяют отметить, что анатомо-функциональное состояние структурных единиц тканей преддверия влияет не только на состояние зубов и краевого пародонта, расположенных в данном участке, но и служит локальным этиологическим фактором кариесологических и пародонтологических поражений. У пациентов первой клинической группы жалобы касались кариесологических заболеваний, жалобы включали эстетическую неудовлетворенность и повышенную чувствительность зубов на различные раздражители. Среди обследованных лиц данной группы визуализировались клинические признаки интактного пародонта (свободная и прикрепленная десна бледно-розового цвета, нет кровоточивости при зондировании, не нарушено зубодесневое прикрепление).

При стоматологическом осмотре пациентов первой группы с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса (глубина преддверия до 10 мм, С > П, средним биотипом десны, высокое на нижней челюсти и низкое на верхней челюсти прикрепление, ширина уздечек равна 2 мм) на фоне функционального нарушения регистрировались отдельные или сочетанные кариесологические и пародонтологические признаки без определяемых субъективных признаков, с диагнозом «рецессия десны I и II классов по Миллеру». В названной группе средняя глубина рецессий десны составляла $3,5 \pm 0,10$ мм и в $68,3 \pm 2,3\%$ случаев визуализировалась средняя степень развития пародонтального риска.

Среди обследованных пациентов второй основной группы (глубина преддверия до 10 мм, С > П, средним биотипом десны, высокое на нижней челюсти и низкое на верхней челюсти прикрепление, ширина уздечек равна 2 мм) на фоне функционального нарушения регистрировались отдельные или сочетанные кариесологические и пародонтологические признаки без определяемых субъективных признаков, с диагнозом «рецессия десны 1 и 2 классов по Миллеру». В названной группе средняя глубина рецессий десны составляла 3,5±0,10 мм и в 68,3±2,3% случаев визуализировалась средняя степень развития пародонтального риска.

При стоматологическом осмотре пациентов третьей группы с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса в большинстве случаев были обнаружены аналогичные изменения, как у пациентов второй клинической группы. Кроме перечисленных патологических признаков среди пациентов названной группы были визуализированы рецессии десны II (58,3%) и III классов (21,0%). Обнаружение рецессии III класса характеризовались потерей высоты межзубных сосочков и (или) межзубных костных перегородок апикальнее цементно-эмалевого соединения, но корональнее относительно апикальной границы вестибулярной рецессии. При этом среди

обследованных лиц цементно-эмалевое соединение визуализируется, рецессия десны достигает слизисто-десневого соединения или распространяется апикальнее. Зуб немного ротирован вокруг центральной оси и занимает аномальное положение или подвергнут экстрезии. Межзубные сосочки не заполняют интерпроксимальные участки полностью.

Среди обследованных лиц третьей группы в 20,7% случаев были обнаружены рецессии IV класса, характеризующейся уменьшением высоты межзубных костных перегородок апикальнее наиболее апикальной части рецессии. При этом степень потери прикрепления на аппроксимальных участках равняется прикреплению с вестибулярной стороны или превышает его потерю. Цементно-эмалевое соединение визуализируется, а сама рецессия достигает слизисто-десневого соединения или распространяется апикальнее. Среди этих групп пациентов зуб сильно ротирован вокруг центральной оси и занимает выраженное аномальное положение или подвергнут экстрезии. Межзубные сосочки не заполняют интерпроксимальные пространства полностью.

Результаты объективизации десневого фенотипа среди обследованных лиц отражены в виде иллюстрации (рис. 1).

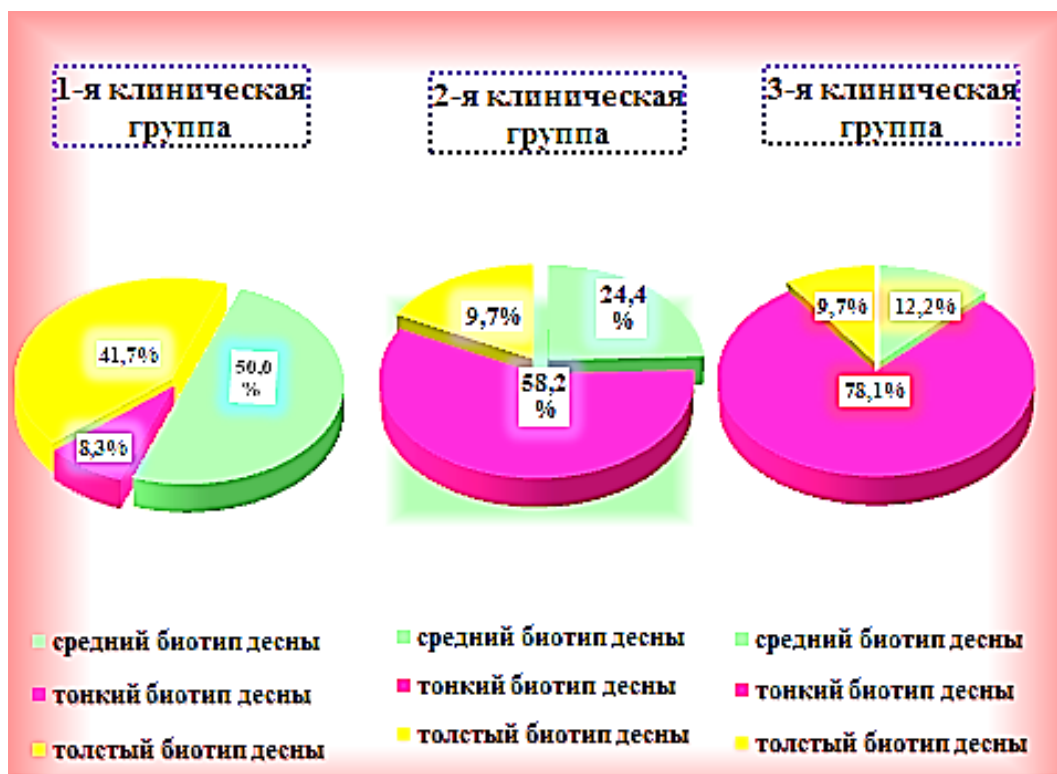


Рис. 1. Фенотипическое распределение десны у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса

Как видно из рисунка, в первой обследованной группе в большинстве случаев (50,0%) определялся средний фенотип десны, в 8,3% случаях – тонкий, в остальных случаях (41,7%) – толстый биотип десны. Во второй клинической группе, наоборот, анатомо-функциональное нарушение мукогингивального комплекса со средним и тонким биотипами десны отмечалось соответственно в 24,4% и 17,4% случаев при наличии толстый биотип десны в 58,2% случаев. В третьей клинической группе фенотипическое распределение десневого участка составляло соответственно 12,2%, 78,1% и 9,7%.

У пациентов контрольной группы с интактным состоянием пародонта стопроцентно определялся толстый биотип десны. Среди обследованных лиц также

проводили структуризацию интенсивности анатомо-функционального нарушения мукогингивального комплекса. В ходе структуризации патологического состояния мукогингивального комплекса было установлено, что у пациентов первой клинической группы от общего количества обследованных лиц (24 человек) встречаемость пациентов с глубиной преддверия полости рта до 10 мм составляла 70,8% (17 человек) в общей структуре всех патологических признаков названного комплекса. При этом у 2 (8,4%) обследованных лиц размер свободной десны оказался больше прикрепленной, высокое прикрепление уздечек на нижней челюсти и низкое прикрепление на верхней челюсти определялся соответственно у 4 (16,7%) и 1 (4,2%) человека (рис. 2).

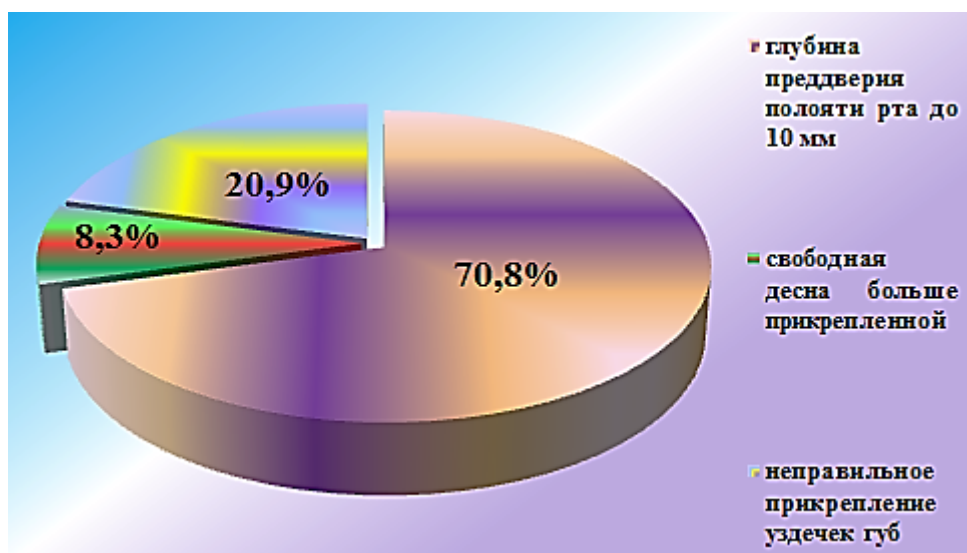


Рис. 2. Структурная оценка интенсивности анатомо-функционального нарушения мукогингивального комплекса у пациентов первой клинической группы

У пациентов второй клинической группы от общего количества обследованных лиц (24 человек) встречаемость пациентов с глубиной преддверия полости рта до 5 мм составляла 54,2% (13 человек) в общей структуре всех патологических признаков названного комплекса. Размер свободной десны оказался больше прикрепленной у 3 (12,5%) обследованных лиц, неправильное прикрепление уздечек определялся у 5 (20,8%) человека, положительный симптом «ишемии сосудов» и отставание десен от зубов соответственно у 2 (8,3%) и 1 (4,2%) человека (рис. 3).

В третьей клинической группе пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса значение вышеуказанных параметров составило соответственно 47,7%, 8,4%, 16,2%, 17,3% и 10,4%.

В исследуемых группах с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса исходное значение уровня гигиены полости рта характеризовалось как неудовлетворительное. У пациентов третьей клинической группы диагностированы наиболее выраженные изменения воспалительного характера в околозубных тканях. У многих пациентов из данной группы отмечена рецессия краевых участков десны в области локализации мукогингивального нарушения. Основные гигиенические показатели в этой группе пациентов оказались заметно выше, чем среди пациентов первой и второй групп. Так, в третьей группе пациентов значение упрощенного индекса гигиены ротовой полости (ОHI-S) в среднем соответствовало $3,01 \pm 0,37$, показатели папиллярно-мар-

гинально-альвеолярного индекса (РМА) составили в среднем $55,26 \pm 2,54\%$, при этом усредненные показатели пародонтально-

го индекса (по Russel) $4,50 \pm 0,22$, а средние показатели индекса кровоточивости зубодесневой борозды (SBI) составили $2,03 \pm 0,56$.

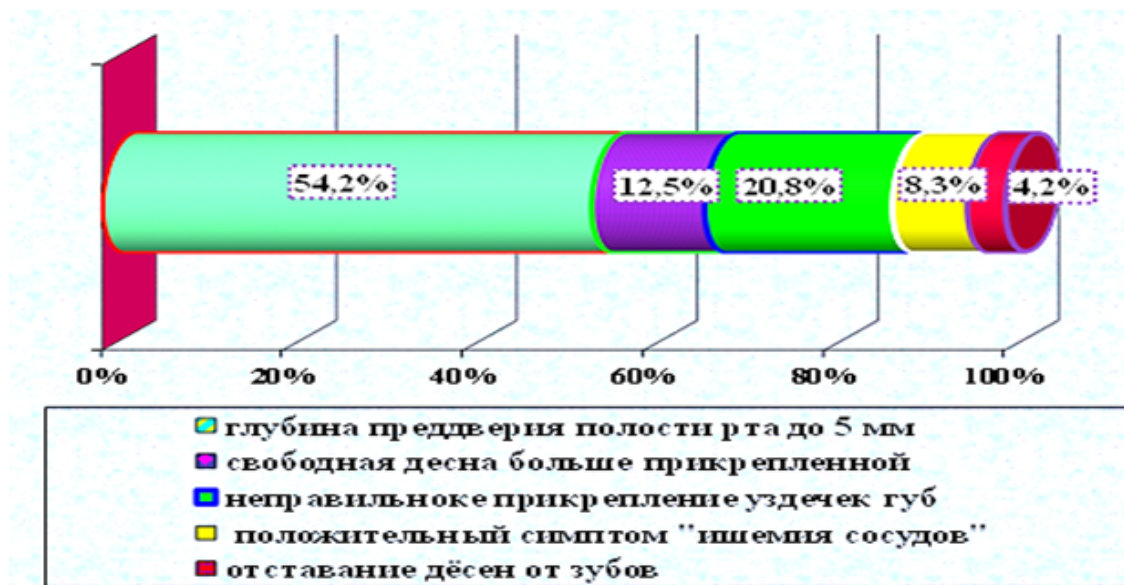


Рис. 3. Структурная оценка интенсивности анатомо-функционального нарушения мукогингивального комплекса у пациентов второй клинической группы

У пациентов первой группы с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса степень воспалительного процесса в краевом пародонте этой зоны оказалась таковой: легкая степень гингивита диагностирована в 66,7% случаев (16 человек), средняя – в 20,8% (5 человек) при наличии 12,5% тяжелой степени гингивита у 3 человека. Сопоставительная оценка позволяет резюмировать, что при наличии мукогингивального нарушения у пациентов второй группы средняя степень воспаления в пародонтальных структурах краевого пародонта встречается примерно одинаково в сравнении с пациентами первой группы (28,7% и 20,8% соответственно). Вместе с тем, у пациентов второй группы легкая степень гингивита (25,1%) встречается в 2,7 раза реже, а тяжелая степень гингивита – в 3,7 раза чаще, по сравнению с пациентами первой группы (46,2%).

Среди обследованных лиц с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса также проводилось рентгенологическое исследование, которое включало анализ и описание конусно-лучевых компьютерных томограмм (КЛКТ) для пациентов клинических групп. При анализе КЛКТ проводили коррекцию яркости и контрастности для получения максимальной степени визуализации костной ткани и оценивали состояние вестибулярной кортикальной пластинки по расстоянию от эмалево-цементной

границы до края наружной кортикальной пластинки, так называемое, параметр «эмалево-цементная граница – альвеолярный гребень».

По результатам изучения КЛКТ в четвертой группе (контрольной - с интактным состоянием пародонта) патологические изменения костной ткани альвеолярного отростка исследуемых областей без мукогингивального нарушения не регистрировались. Так, среди обследованных лиц этой группы расстояние от эмалево-цементной границы (ЭЦГ) до альвеолярного гребня составило в среднем $2,85 \pm 0,3$ мм.

При оценке КЛКТ у пациентов первой клинической группы с наличием у них анатомо-функциональных нарушений мукогингивального комплекса в большинстве случаев (78,9%) не визуализировались патологические изменения костной ткани альвеолярного отростка. Среди этой группы пациентов регистрировался нормальный и высокий уровни альвеолярной кости. У них в области расположения анатомо-функционального нарушения мукогингивального комплекса расстояние от эмалево-цементной границы до альвеолярного гребня составило в среднем $2,83 \pm 0,2$ мм. В остальных клинических случаях (21,1%) нами зарегистрировалось увеличение расстояние от эмалево-цементной границы до альвеолярного гребня, что в среднем составляет $3,13 \pm 0,06$ мм. Полученные данные говорят в пользу того, что в обла-

сти анатомо-функциональных нарушений мукогингивального комплекса происходит уменьшение уровня альвеолярной кости и свидетельствует о начальных изменениях в костной ткани альвеолярной зоны еще до появления клинических симптомов.

При рентгенологическом исследовании у пациентов второй клинической группы диагностировали явления локального остеопороза и увеличение расстояния от эмалево-цементной границы до края наружной кортикальной пластинки, что составляет $3,79 \pm 0,12$ мм. У пациентов третьей клинической группы показатель «эмалево-цементная граница – альвеолярный гребень» составил $4,29 \pm 0,19$ мм. Полученные рентгенологические результаты среди пациентов второй и третьей групп с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса свидетельствует о резорбции вестибулярной пластинки в области исследуемых зубов.

Локальный резорбтивный процесс альвеолярной кости происходит именно из-за воздействия нарушения окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения данной области.

Заключение

Нормальное функционирование зубочелюстной системы осуществляется при условии совершенства ее морфофункциональных взаимоотношений. Полученные данные констатируют, что большое значение в возникновении клинико-рентгенологических патологических изменениях имеет ширина зоны прикрепленной десны и соотношение прикрепленной и свободной десны.

Для разработки протокола исследования пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса необходима комплексная первичная диагностика с применением метода конусно-лучевой компьютерной томографии.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-6 см в REFERENCES)

1. Березин К.А., Греков А.Х., Зарипова Э.М. Статистические аспекты изучения распространенности хронического апикального периодонтита у взрослого населения // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 2. С. 119-123.

2. Лабис В.В., Базикиан Э.А., Козлов И.Г. Междисциплинарный подход к лечению хронических очагов инфекции в полости рта и новому методу мониторинга его эффективности // Медицинский алфавит. Стоматология. 2018. № 5. С. 30-31.

3. Мухидинов Ш.Д. Аналитическая оценка этиопатогенетических механизмов развития эндо-периапикальных поражений // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2019. № 1. С. 92-95.

4. Мухидинов Ш.Д., Тагаева Ш.О., Исмоилов А.А. Клинико-рентгенологические показатели поражения пародонта и периапикальных тканей эндодонтически леченого зуба у пациентов с эндодонто-пародонтальными осложнениями // Вестник Авиценны. 2019. № 21(3). С. 443-449.

REFERENCES

1. Berezin K.A., Grekov A.Kh., Zaripova E.M. Statistical aspects of the study of prevalence chronic apical periodontitis beside adult population. *Sovremennye problem nauki i obrazovaniya - The Modern problems of the science and formation*, 2015, No 2, pp. 119-123.

2. Labis V.V., Bazikyan E.A., Kozlov I.G. Mezhdisciplinarniy podkhod k lecheniyu khronicheskikh ochagov infektsii v polosti rta i novomu методу monitorirovaniya ego effektivnosti [Between-disciplinary approach to treatment of chronic center of infections in oral cavity and new

method monitoring its efficiency]. *Meditinskiy alfavit. Stomatologiya – The Medical alphabet. Dentistry*, 2018, No 5, pp. 30-31.

3. Mukhidinov Sh.D. Analiticheskaya otsenka etiopatogeneticheskikh mekhanizmov razvitiya endoperiapikalnikh porazheniy [Analytical estimation of etiologic and pathogenetic mechanism of the development endo-perio defects]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2019, No 1, pp. 92-95.

4. Mukhidinov Sh.D., Tagaeva Sh.O., Ismoilov A.A. Kliniko-rentgenologicheskie pokazateli porazheniya parodonta i periapikalnikh tkaney endodonticheskilechyonnogo zuba u patsientov s endodonto-parodontalnymi oslozhneniyami [Clinical and x-ray factors of the parodont defeat and periapically tissues of endodontic treatment teeth beside patient with endo-perio complications]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Herald*, 2019, No 21(3), 443-449.

5. Hiatt J. Pulpal periodontal disease. *J Periodontol.*, 2017, Vol. 48, pp. 598-605.

6. Meng H.X. Periodontic-endodontic lesions. *Ann Periodontol.*, 2019, Vol. 4, pp. 84-90.

Сведения об авторах:

Хамидов Анушервон Исмоилович – соискатель кафедры ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Ашиуров Гаюр Гафурович – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор; тел.: (+992) 988710992

Каримов Сафаррахмад Мунаварович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.; тел.: (+992) 918616208

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616.314.17-002.2-031.84

¹Эсанов М.А., ¹Шарипов Х.С.,
²Исмоилов А.А.

ИСХОДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕВИТАЛЬНЫХ ОПОРНЫХ ЗУБОВ В ПРОЦЕССЕ ИХ АДАПТАЦИИ К ФУНКЦИОНИРУЮЩИМ ОРТОПЕДИЧЕСКИМ КОНСТРУКЦИЯМ

¹Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

¹Esanov M.A., ¹Sharipov Kh.S.,
²Ismoilov A.A.

SOURCE IMPORTANCE CLINICAL AND X-RAY CONDITIONS OF DEVITALY SUPPORTING TEETH IN PROCESS OF THEIR ADAPTATION TO FUNCTIONNING ORTHOPEDIC DESIGN

¹Department of Orthopedic Dentistry of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

²Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Проанализировать клинико-рентгенологическое состояние девитальных опорных зубов, находящихся под ортопедическими конструкциями.

Материал и методы. С целью определения качества пломбировки корневых каналов опорных зубов, используемых под ортопедическими конструкциями, и методов пломбирования каналов опорных зубов с учетом степени их заполнения у 289 пациентов проведена obturational оценка пломбирования корневых каналов в области 1042 зубов, находящихся под металлокерамическими протезами: 313 моляров, 300 премоляров, 259 резцов и 170 клыков.

При оценке результатов ранее проведенного лечения опорных зубов применялись клинико-рентгенологические критерии: отсутствие клинических постпломбировочных признаков и наличие периадикулярного очага резорбции; обнаружение клинико-рентгенологических симптомов наличия очага околоверхушечной деструкции.

Результаты. От общего числа 939 исследованных корневых каналов опорных моляров верхней и нижней челюстей в 509 (54,2%) случаев отмечалось полное пломбирование корневых каналов вплоть до апикальной части, а в остальных 430 (45,8%) случаях отмечалась частичная их obturation. Величина данных показателей для первого и второго моляров верхней и нижней челюстей соответствовала значениям 277 (55,3%), 224 (44,7%) и 232 (53,0%), 206 (47,0%).

Заключение. Процент качественного пломбирования корневых каналов в области фронтальных функционально-ориентированных групп зубов заметно выше, чем это наблюдается в молярах и премолярах.

Ключевые слова: опорный зуб, ортопедическая конструкция, корневой канал, obturation, околоверхушечная деструкция

Aim. Analyzed the clinical and x-ray condition of devitalized supporting teeth, residing under orthopedic design.

Material and methods. For the reason determinations quality of filling root channel supporting teeth, used under orthopedic design, and methods filling channel of supporting teeth with provision for degree of their obturation, beside

289 patients is organized estimation of the filling root channel in the field of 1042 teeth, residing under metalceramic prosthetic device: 313 molars, 300 premolars, 259 incisors and 170 canines. At estimation result earlier treatments of supporting teeth were used clinical and x-ray criteria: the absence clinical postfilling's sign and presence of periapex center resorbition; finding the presence of clinical and x-ray symptoms periapex destruction.

Results. From total number of 939 explored root channels of supporting molars of upper and lower jaw, in 509 (54.2%) of the events was noted full filling of root channel up to apically of the part, but in rest 430 (45.8%) events was noted partial their obturation. Value factor data for first and second molars of upper and lower jaw corresponded to importance 277 (55.3%), 224 (44.7%) and 232 (53.0%), 206 (47.0%).

Conclusion. The percent of qualitative filling root channel in the field of frontal function-oriented groups teeth noticeably above, than this exists in molars and premolars.

Key words: supporting teeth, orthopedic design, root channel, obturation, nearapex destruction

Актуальность

Современная стоматология характеризуется активным развитием новых технологий, разработкой новых материалов, совершенствованием протоколов лечения. Однако, несмотря на достигнутые успехи, проблема диагностики и лечения кариеса и его осложнений остается одной из центральных в стоматологии [1, 5]. Учитывая высокую распространенность данной патологии, решение этой проблемы имеет большое не только медицинское, но и социальное значение. Лечение кариеса и его осложнений представляет собой постоянно совершенствующийся сложный технологический процесс, включающий множество этапов [2, 4].

При лечении кариеса и его осложнений для получения долгосрочного эффекта важное значение имеет согласованность последовательного выполнения всех типов лечения практикующим врачом-стоматологом, а также его информированность о современных диагностических и лечебных манипуляциях и материалах. Только многосторонняя оптимизация существующих протоколов лечения с включением современных диагностических и лечебных концепций позволит добиться системных сдвигов в качестве борьбы с кариесом и его осложнениями [1, 3].

С учетом изложенного выше, изучение исходного значения девитальных опорных зубов в процессе их адаптации к функционирующим ортопедическим конструкциям является актуальной проблемой, требующей пристального внимания со стороны соответствующих специалистов стоматологического профиля.

Цель исследования

С целью определения качества пломбировки ранее эндодонтически леченых зубов, служащих в дальнейшем опорами ортодонтической конструкции, и способов герметизации корневых каналов в зависимости от уровня их наполнения у 289 пациентов (мужчин – 96, женщин – 193) проведена obturaci-

онная оценка герметизации макроканалов корневого участка в области 1042 опорных зубов в системе металлокерамической конструкции: молярные и премолярные зубы (соответственно 300 и 259 шт.); функционально-ориентированные фронтальные зубы (соответственно 259 и 170 резцов и клыков).

При клиническом осмотре у пациентов отмечали зубную формулу, состояние уздечек языка и губ, протяженность окклюзионных дефектов, наличие и состояние ортопедических протезов. Клиническое состояние тканей пародонта в зоне функционирования ортопедических протезов определяли по визуальной оценке состояния слизистой десны; глубине десневого кармана, по результатам рентгенологического обследования.

Алгоритм обследования опорных зубов осуществлялся согласно с рекомендуемым протоколом ведения больных при частичном отсутствии зубов (частичной вторичной адентии). Каждая ортопедическая конструкция, а также опорные зубы были осмотрены визуально и обследованы рентгенологически согласно протоколу обследования пациента с несъемными ортопедическими конструкциями.

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

При определении процента депульпированных моляров, покрытых ортопедическими конструкциями, получены следующие результаты: от общего количества обследованных зубов (1073 шт.) депульпированные зубы составили 97,10%, что в количественном отношении составляет 1042 зуба; из 138 опорных верхнечелюстных моляров, находящиеся под элементами ортопедической конструкции, до физиологического уровня

верхушки корня были obturированы 56,9% (128 шт.), тогда как среди 43,10% (97 шт.) из них визуализированы не до верхушечной герметизации корневого канала. Для второй верхнечелюстной моляр значение вышеупомянутых показателей составило 53,4% (101 шт.) и 46,6% (88 шт.).

В проекции верхнечелюстных моляров из общего количества исследуемых корневых каналов (414 шт.), на которых установлены соответствующие коронки, до верхушечной

части корня герметизированными оказались 55,3% из них, а в остальных случаях (44,7%) корневые каналы не были герметизированы до верхушечного отверстия. При обследовании 276 корневых каналов у первого нижнечелюстного моляра полная герметизация до уровня верхушечной части корня визуализировалась в 149 случаях при значении 54,0%. Вместе с тем, в 127 (46,0%) случаях корневые каналы оказались негерметизированными до верхушечного отверстия (табл. 1).

Таблица 1

Качество герметизированных макроканалов верхне- и нижнечелюстных моляров под металлокерамическими протезами в зависимости от их топического расположения

| Зуб/ Челюсть | Количество зубов | | Количество корневых каналов | | Степень герметизации макроканалов корня зуба | | | |
|--|---------------------|------|-----------------------------------|------|---|------|-----------|------|
| | | | | | полная | | частичная | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Моляры в/ч: 1 моляр 2 моляр | 75 | 24,0 | 225 | 24,0 | 128 | 56,9 | 97 | 43,1 |
| | 63 | 20,1 | 189 | 20,1 | 101 | 53,4 | 88 | 46,6 |
| Всего | 138 | 44,1 | 414 | 44,1 | 229 | 55,3 | 185 | 44,7 |
| Моляры н/ч: 1 моляр 2 моляр | 92 | 29,4 | 276 | 29,4 | 149 | 54,0 | 127 | 46,0 |
| | 83 | 26,5 | 249 | 26,5 | 131 | 52,6 | 118 | 47,4 |
| Всего | 175 | 55,9 | 525 | 55,9 | 280 | 53,3 | 245 | 46,7 |
| Моляры в/ч и н/ч всего: 1 моляр 2 моляр | 167 | 53,4 | 501 | 53,4 | 277 | 55,3 | 224 | 44,7 |
| | 146 | 46,6 | 438 | 46,6 | 232 | 53,0 | 206 | 47,0 |
| Всего | 313 | 100 | 939 | 100 | 509 | 54,2 | 430 | 45,8 |

Полученные данные по вопросам герметизации каналов верхнечелюстных и нижнечелюстных моляров в системе функционирующих металлокерамических конструкций свидетельствуют о том, что полная герметизация макроканала корня зуба вплоть до физиологического уровня верхушечного отверстия отмечалась в 54,2% случаев при количественном значении 509 макроканала, в остальных случаях (45,8%, 430 шт.) отмечалась неполная герметизация до физиологического уровня верхушечного отверстия. Значения вышеупомянутых показателей для первого и второго верхне- и нижнечелюстных моляров составили соответственно 55,3% (277 шт.), 44,7% (224 шт.) и 53,0% (232 шт.), 47,0% (206 шт.).

Данные о пломбировании корневых каналов в области опорных премоляров представлены в таблице 2. Как видно из таблицы, из 155 верхнечелюстных моля-

ров, находящихся под элементами функционирующей металлокерамической конструкции, 27,7% (83) приходится на 16 и 26 зубы, 24,0% (72) – на 36 и 46 зубы. Из 157 макроканалов корней верхнечелюстных премоляров, находящихся под элементами металлокерамической конструкции, только 66,9% (105) из них были герметизированы до физиологического уровня верхушечного отверстия, 32,5% (51) макроканалов корня премоляров герметизированы частично и у 0,6% (1) макроканалов корня премоляров obturационная масса выведена за физиологический уровень верхушечного отверстия. Вышеупомянутые показатели для макроканалов корня вторых верхнечелюстных премоляров, находящихся под элементами металлокерамической конструкции, составили соответственно 66,2% (49), 32,4% (24) и 1,4% (1). При рентгенологическом обследовании первых опорных верхнечелюстных

премоляров значение герметизированных показателей до физиологического уровня верхушки и частичной герметизации составило соответственно 67,5% и 32,5% при

количественном значении 56 и 27 макроканалов корня. В данной группе зубов не было диагностировано выведения obturационного материала за периапикальное отверстие.

Таблица 2

Качество герметизированных макроканалов верхне- и нижнечелюстных премоляров под металлокерамическими протезами в зависимости от их топического расположения

| Зуб/ Челюсть | Количество корневых каналов | | Степень герметизации макроканалов корня зуба | | | | | |
|---|--------------------------------|------|--|------|-----------|------|--------------------------|-----|
| | абс. | % | полная | | частичная | | выведение за верхушку | |
| | | | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Преомолары в/ч: 1 преомолар | 83 | 27,7 | 56 | 67,5 | 27 | 32,5 | - | - |
| | 74 | 24,7 | 49 | 66,2 | 24 | 32,4 | 1 | 1,4 |
| Всего | 157 | 52,3 | 105 | 66,9 | 51 | 32,5 | 1 | 0,6 |
| Преомолары н/ч: 1 преомолар | 78 | 26,0 | 45 | 57,7 | 32 | 41,0 | 1 | 1,3 |
| | 67 | 22,3 | 49 | 73,1 | 17 | 25,4 | 1 | 1,5 |
| Всего | 145 | 48,3 | 94 | 64,8 | 49 | 33,8 | 2 | 1,4 |
| Преомолары всего: 1 преомолар | 161 | 53,7 | 101 | 62,7 | 59 | 36,7 | 1 | 0,6 |
| | 141 | 46,7 | 98 | 69,5 | 41 | 29,1 | 2 | 1,4 |
| Всего | 302 | 100 | 199 | 65,9 | 100 | 33,1 | 3 | 1,0 |

В системе функционирующей металлокерамической конструкции из 145 макроканалов опорных нижнечелюстных преомоларов до физиологического уровня верхушечного отверстия obturированы 64,8% (94) из них, 33,8% (49) – частично герметизированы, в остальных случаях (1,4%, 2) диагностировано выведение obturационного материала в периапикальное пространство. Перечисленные процентные и цифровые материалы для макроканалов первых опорных нижнечелюстных преомоларов соответствуют значениям 57,7% (45), 41,0% (32), 1,3% (1) при соответствующем значении 73,1% (49), 25,4% (17) и 1,5% (1) для макроканалов вторых опорных нижнечелюстных преомоларов.

Как видно из таблицы 3, из 429 обследованных корневых макроканалов верхнечелюстных резцов и клыков топическое их расположение на верхней и нижней челюстях составляет соответственно 322 и 107.

Ситуационная obturационная оценка корневых каналов показала, что опорные верхнечелюстные резцы, покрытые коронками металлокерамической конструкции, герметизированы до физиологического уровня верхушечного отверстия в 78,2% случаев, нижнечелюстные опорные резцы в супраконструкционной системе obturированы до физиологического отверстия апикальной части корня в 77,9% случаев.

Из 163 макроканалов опорных верхнечелюстных центральных резцов только 76,7% (125) герметично obturированы до физиологического уровня верхушечного отверстия, частичная obturация канала этих же резцов составляет 21,5% (35), в остальных случаях (соответственно 1,8%, 3 корневого канала) пломбирочный материал располагался в периапикальной зоне. В боковых опорных верхнечелюстных резцах топическое расположение названных показателей составило 80,0% (112), 19,3% (17) и 0,7% (1) соответственно.

Качество obtурации корневых макроканалов опорных резцов и клыков в системе металлокерамической конструкции

| Зуб/ Челюсть | Количество корневых каналов | | Степень герметизации макроканалов корня зуба (n=429) | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------|---|-------------|-----------|-------------|--------------------------|------------|
| | абс. | % | полная | | частичная | | выведение за верхушку | |
| | | | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Резцы в/ч: центральный боковой | 163 | 38,0 | 125 | 76,7 | 35 | 21,5 | 3 | 1,8 |
| | 140 | 32,6 | 112 | 80,0 | 27 | 19,3 | 1 | 0,7 |
| Всего | 303 | 70,6 | 237 | 78,2 | 62 | 20,5 | 4 | 1,3 |
| Резцы н/ч: центральный боковой | 45 | 10,5 | 35 | 77,8 | 10 | 22,2 | - | - |
| | 50 | 11,7 | 39 | 78,0 | 11 | 22,0 | - | - |
| Всего | 95 | 22,2 | 74 | 77,9 | 21 | 22,1 | - | - |
| Клыки: в/ч н/ч | 19 | 4,4 | 19 | 100 | - | - | - | - |
| | 12 | 2,8 | 9 | 75,0 | 1 | 8,3 | 2 | 16,7 |
| Всего | 31 | 7,2 | 28 | 90,3 | 1 | 3,2 | 2 | 6,5 |

В нижнечелюстных резцах полная герметизация макроканала центрального зуба зафиксирована в 77,8% случаев, тогда как частичная ее заполнения - в 22,2% случаев. В нижнечелюстном боковом резце идеальная и неполная герметизация макроканала соответствовала значениям 78,0% и 22,0%. Приходится отметить, что в верхнечелюстных опорных клыках во всех случаях наблюдения стопроцентно было зафиксировано идеальное пломбирование макроканалов до физиологического уровня верхушечного отверстия.

Изучая рентгенологические данные перирадикулярной зоны опорных зубов с неполноценной и идеальной герметизацией макроканалов корня, были получены нижеследующие результаты. В группе верхне- и нижнечелюстных моляров при визуализации 430 макроканалов корней зубов в 63,3% (272) случаях было диагностировано наличие околоверхушечных патологий. При визуализации 100 корневых каналов с неадекватной герметизацией у верхне- и нижнечелюстных моляров в 60% случаев рентгенологически были установлены околоверхушечные резорбции. При рентгенологическом анализе эндодонтического состояния 84 фронтальных групп опорных зубов верхней и нижней челюстей в 66,7% (56) случаев диагностированы расширения околоверхушечного пространства.

Следовательно, в 36,7% случаев перирадикулярная зона верхне- и нижнечелюстных моляров с частичной obtурацией оказалась без каких-либо изменений. Такая же картина визуализировалась при обследовании верхушечной части премоляров (40,0%) и фронтальных опорных групп зубов (33,3%), металлокерамической конструкции, с частичной герметизацией макроканалов корней.

Другая часть нашего исследования заключалась в качественном определении степени герметизации корневого канала в зависимости от вида obtурационного материала. Для решения изложенной задачи изучено состояние 560 зубов разной функционально-ориентированной группы (моляры, премоляры, центральные зубы – соответственно 167, 151 и 283), для эндодонтического лечения которых использовались гуттаперчи и эндодонтической пасты. Полученные материалы показали, что при пломбировании корневых каналов у 167 исследуемых моляров в 90 (53,9%) случаях применялась гуттаперча, тогда как в 77 (46,1%) случаях была использована только эндодонтическая паста. Качественный анализ пломбирования корневого канала показал, что среди 90 зубов с использованием гуттаперчи для эндодонтического лечения в 71 (78,8%) случае уровень obtурационного

материала доходил до физиологического уровня верхушечного отверстия, а среди 77 зубов с эндодонтической пастой идеальный уровень пломбирования составил 15,6% (12).

Рентгенологический анализ эндодонтического состояния 155 моляров показал, что с целью заполнения корневого канала в 88 (56,8%) случаях использована гуттаперча, в остальных случаях (соответственно 67 и 43,2%) была использована эндодонтическая паста. При этом в первой группе зубов в 81 (92,0%) случаев герметичность канала доходила до физиологического уровня апикального отверстия, а во второй группе зубов идеальный obtурационный уровень составил 46,3%. Среди 283 функционально-ориентированных фронтальных групп зубов для пломбировки канала корня в 170 (60,1%) случаях использовалась гуттаперча, эндопаста использовалась в 113 (39,9%) случаях. Среди этих групп качественное пломбирование корневого канала, достигающее до

физиологического уровня верхушечного отверстия, составило соответственно 166 (97,5%) и 90 (79,6%).

Заключение

Таким образом, проанализировав частоту депульпирования и состояния опорных зубов, покрытых ортопедическими коронками, можно утверждать, что хотя эндодонтические методы постоянно совершенствуются, но частота достижения их успешности (регенерации периапикального очага деструкции) не соответствует интенсивности развития технологий и методик.

Поиск причин этого в научном мире продолжается, вскрываются все новые и новые подробности, но основными «виновниками» происходящего в указанном аспекте остаются микроорганизмы корневых каналов некачественно леченых зубов эндодонтическими методами.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашуров Г.Г., Имомова Ф.З. Заболеваемость пульпарно-периодонтального комплекса, ассоциированного с разнонаправленными межсистемными нарушениями // Российский стоматологический журнал. 2022. № 1. С. 57-62.

2. Ашуров Г.Г., Имомова Ф.З., Каримов С.М. Оценка результатов изучения заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2022. № 2. С. 38-43.

3. Каримов С.М., Зарипов А.Р. Стандарт качества лечения эндопериапикальных осложнений фронтальных функционально-ориентированных групп зубов и его эффективность в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2022. № 1. С. 39-45.

4. Мухиддинов Ш.Д., Гурезов М.Р., Ёраков Ф.М. Результаты применения способа пролонгированной антисептической обработки системы корневых каналов при периапикальной деструкции зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2019. № 3. С. 59-63.

5. Шафозода М.Б. Анализ исходного состояния несъемных протезов и краевого пародонта опорных зубов в системе ортопедической конструкции // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2020. № 1. С. 86-90.

REFERENCES

1. Ashurov G.G., Imomova F.Z. Zabolevaemost pulparno-periodontalnogo kompleksa, assosiirovannogo

s raznonapravlenimi mezh sistemnimi narusheniyami [Diseases of pulp-perio complex, associated with different direction between systems disorders]. *Rossiyskiy stomatologicheskiy zhurnal – Russian Dentistry Journal*, 2022, No 1, pp. 57-62.

2. Ashurov G.G., Imomova F.Z., Karimov S.M. Otsenka rezultatov izucheniya zabolevaemosti pulparno-periodontalnogo kompleksa u bolnikh s raznonapravlenimi mezh sistemnimi narusheniyami [Estimation of results study diseases of pulp-perio complex in patients with different direction between systems disorders]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2022, No 2, pp. 38-43.

3. Karimov S.M., Zaripov A.R. Standart kachestva lecheniya endoperiapikalnikh oslozhneniy frontalnikh funktsionalno-orientirovannikh grupp zubov i ego effektivnost v blizhaishie i otdalyonnie sroki nablyudeniya [Standard quality treatments of endo-perio complications of the frontal function-oriented groups of teeth and its efficiency in nearest and remote periods of the observation]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2022, No 1, pp. 39-45.

4. Mukhiddinov Sh.D., Gurezov M.R., Yorakov F.M. Rezultati primeneniya sposoba prolongirovannoy antisepticheskoy obrabotki sistemi kornevikh kanalov pri periapikalnoy destruksii zubov v esteticheski znachimoy okklyuzionnoy zone [Results of the using the way prolonged antiseptic processing the system root channel under periapical destruction of teeth in aesthetic significant occlusion zone]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the*

institute of postgraduate education in health sphere, 2019, No 3, pp. 59-63.

5. Shafozoda M.B. Analiz iskhodnogo sostoyaniya nesyomnikh protezov i kraevogo parodonta opornikh zubov v sisteme ortopedicheskoy konstrukcii [Analysis of the source condition of unfixed prosthetic device and marginal parodont of supporting teeth in system of the orthopedic design]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere, 2020, No 1, pp. 86-90.*

Сведения об авторах:

Эсанов Муллохасан Абдусаломович – соискатель кафедры ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Шарипов Хуришед Саиджоневич – директор учебно-клинического центра «Стоматология» ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.; тел.: (+992) 918228808

Исмоилов Абдурахим Абдулатифович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

© Д.А. Юнусов, 2024

УДК 616.31;616.08;616-001.4; 916-003.9

Юнусов Д.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕТИНИРОВАННОГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Yunusov D.A.

OPTIMIZING WOUND CARE AFTER REMOVAL OF AN IMPACTED THIRD MOLAR

Department of Orthopedic Dentistry of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Цель исследования. Сравнительная оценка различных способов лечения и выведение оптимизированного лечения раны после удаления ретинированных третьих моляров.

Материал и методы. Проведено хирургическое лечение 201 пациента, которым были удалены 277 зубов с диагнозом «ретенции третьего моляра (К 01.0)». Средний возраст пациентов составил 28,2 года.

Все больные были направлены на удаление ретинированных зубов. Имели затруднённое прорезывание третьих моляров, по поводу чего получали оптимизированное лечение раны. Пациенты были разделены на 3 группы, учитывая степень травмы проведенной операции удаления третьего ретинированного моляра (низкая, средняя, высокая). В зависимости от этого было предложено лечение раны с наименьшим риском развития осложнений. Данная группа сравнивалась с группой из 85 человек, которым были сделаны удаления зубов по общепринятой методике.

Диагностику проводили лучевым методом обследования (дентальный рентген, ортопантограмма - ОПТГ) и компьютерной томографией (КТ). Для оптимизации ведения послеоперационного ухода за раной после удаления ретинированных третьих моляров использовалась сравнительная оценка результатов лечения раны.

Результаты. Из 277 проведенных операций по поводу удаления ретинированных зубов мудрости, при которых была применена оптимизированная методика лечения раны, зависимо от сложности удаления и степени травмы во время операции. В 238 случаях послеоперационный период протекал без осложнений, в 39 случаях (14,4%) имелись отеки, болевые ощущения, гематомы, альвеолит, повышение температуры, гиперемия, контрактуры.

Заключение. При ведении раны по оптимизированной методике риски осложнений сводится к минимуму, что улучшает качество жизни пациента в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: ретинированные третьи моляры, раны после удаления, заживление ран

Aim. Comparative evaluation of different treatment methods and derivation of an optimized wound management after extraction of impacted third molars.

Material and methods. Surgical treatment of 201 patients was performed, who had 277 teeth extracted with the diagnosis of "retention of the third molar (K 01.0)". The average age of the patients was 28.2 years.

All patients were referred for extraction of impacted teeth. They had difficult eruption of third molars, for which they received optimized wound treatment. The patients were divided into 3 groups, taking into account the degree of trauma of the operation to remove the third impacted molar (low, medium, high). Depending on this, wound treatment with the lowest risk of complications was proposed. This group was compared with a group of 85 people who had teeth extracted using the generally accepted method.

Diagnostics were performed by radiation examination (dental X-ray, orthopantomogram - OPG) and computed tomography (CT). To optimize postoperative wound care after removal of impacted third molars, a comparative assessment of the wound treatment results was used.

Results. Of the 277 surgeries performed to remove impacted wisdom teeth, in which an optimized wound treatment technique was used, depending on the complexity of the extraction and the degree of trauma during the operation. In 238 cases, the postoperative period was uneventful, in 39 cases (14,4%) there were edema, pain, hematomas, alveolitis, fever, hyperemia, contractures.

Conclusion. When wound management is performed using an optimized technique, the risk of complications is reduced to a minimum, which improves the patient's quality of life in the postoperative period.

Key words: impacted third molars, extraction wounds, wound healing

Актуальность

В связи с большим количеством пациентов с осложнениями, обусловленными аномалиями формирования и прорезывания зубов мудрости, проблема остается насущной в современной стоматологии [3, 6]. Несмотря на большое количество сообщений в литературе, не найдено однозначных ответов на вопрос о выборе тактики лечения больных с данной патологией [4]. Также актуальной проблемой в стоматологии остаётся процесс заживления раны и осложнения в послеоперационном периоде. По статистике, в 25-30% случаев после удаления ретинированного восьмого зуба возникает воспаление лунки [1, 3]. Осложнения возникают по многим причинам: из-за сложности операции удаления ретинированного третьего моляра; плохой диагностики перед удалением; плохой гигиены; врачебной ошибки и по причине несоблюдения рекомендаций пациентом [2].

Но не всегда дискомфорт и боль являются осложнениями и следствием плохого заживления раны. Зачастую пациенты паникуют из-за нормальных состояний. Нормальные состояния после удаления ретинированного зуба мудрости:

1. боль - в норме боль после оперативного вмешательства достигает своего максимума через 6-12 часов, после чего должна постепенно снижаться;

2. отек - тоже является нормой после удаления ретинированного третьего моляра. В норме он должен пройти после возникновения в течение 48-72 часов;

3. небольшое кровотечение из лунки удаленного зуба - может продолжаться в течение суток после удаления, слегка подкравливая;

4. гематома - возникает из-за травматичности процедуры, особенно у тех пациентов, которые решили в течение 2 дней после удаления заняться спортом или сходить в сауну;

5. боль при глотании - появляется из-за небольшого воспаления поднижнечелюстных лимфоузлов и проходит максимум через 3-4 дня;

6. затрудненное открывание рта происходит в норме из-за отека жевательной мышцы.

Осложнения после удаления ретинированных третьих моляров, по статистике, возникают у каждого 4-го пациента и причем осложнения схожи с нормальными состояниями, которые бывают у пациента в первые 2-3 дня после операции.

Осложнениями считаются, если длятся более 3-х дней с ухудшением состояния:

1. выраженный болевой синдром;
2. болезненное глотание;
3. затрудненное открывание рта;
4. температура;
5. отек мягких тканей;
6. кровотечение;
7. гематома;
8. неприятный запах;
9. онемение по ходу нервов.

Профилактики осложнений и лучшего заживления раны можно добиться оптимизацией назначений медикаментозной терапии и качественного проведения операции [5].

По данным различных исследований, первое, от чего зависит качество заживления раны, - это метод разреза при удалении ретинированного восьмого зуба. Качественный г-образный разрез может снизить количество осложнений. При таком разрезе достигается хороший доступ операционного поля и, соответственно, контроль работы.

Существуют различные методики удаления ретинированных восьмых зубов. При этом нужно учитывать классификацию вида ретенции зуба по его положению и глубине залегания и подбирать минимально инвазивную методику ведения операции. Из этого следует, что самый важный аспект в удачном проведении такой операции - это квалификация врача-стоматолога [7].

Цель исследования

Сравнительная оценка различных способов лечения и выведение оптимизированного лечения раны после удаления ретинированных третьих моляров.

Материал и методы исследования

В исследовании использовались материалы, собранные на базе стоматологической клиники «Евродент». Проведено хирургическое лечение 201 пациента, которым были удалены 277 зубов с диагнозом «Ретенция

третьего моляра (К 01.0)». Средний возраст пациентов составил 28,2 года. Все они были направлены на удаление ретинированных зубов, имели затруднённое прорезывание третьих моляров. При этом больным назначено оптимизированное лечение раны.

Обоснованием для оптимизации ведения раны после удаления ретинированных восьмых зубов стала частота осложнений, проявляющихся в послеоперационном периоде.

Диагностику для определения более точного расположения корней зубов по отношению к нижнечелюстному каналу на

нижней челюсти и к верхнечелюстной пазухе на верхней челюсти проводили лучевым методом обследования (дентальный рентген, ортопантограмма - ОПТГ) и компьютерной томографией (КТ). Для оптимизации ведения послеоперационного ухода за раной после удаления ретинированных третьих моляров использовалась сравнительная оценка результатов лечения раны.

В этом исследовании нами была оптимизирована классификация ретинированных третьих моляров по Соихиро Асанами и Ясуноро Касазаки.

Таблица 1

Оптимизированная классификация ретенции третьих ретинированных моляров верхней и нижней челюстей

| <i>Вид ретенции по положению зуба</i> | <i>По глубине погруженности в кость</i> | <i>Расположение переднего края кости</i> | <i>Степень наклона в градусах</i> |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <i>Медиальнонаклоненные</i> | 0 – прорезавшийся зуб А – частично в кости В – в толще кости целиком | - | 1- 30 2- 30-45 3- 45 и больше |
| <i>Вертикально ретинированные</i> | 0, А, В | 1,2,3 – по степени перекрытия зуба костью переднего края ветви нижней челюсти | |
| <i>Дистально наклоненные</i> | 0, А, В | 1,2,3 | 1,2,3 |
| <i>Наклоненные в щёчную или язычную сторону</i> | - | - | |
| <i>Перевернутые</i> | - | - | |
| <i>Горизонтальные</i> | 0, А, В | 1,2,3 | |
| <i>С патологией корней</i> | - | - | |

Антибиотикотерапию после удаления ретинированного зуба мудрости назначали по необходимости в связи с травматичностью манипуляции и расположением такого зуба в челюсти, а также часто восьмой зуб удаляется на фоне воспаления. Высокая травматизация при удалении восьмого зуба происходит за счет того, что делается разрез десны и отслоение лоскута, часто требуется высверливание кости вокруг зуба.

Также назначали антигистаминные средства после удаления. Их прием позволяет уменьшить отек мягких тканей и усилить действие анальгетиков. В качестве анальгетиков назначались нестероидные противовоспалительные средства. Они обладают обезболивающим и противовоспалительным действием.

Пациенты обязаны соблюдать ряд рекомендаций врача после удаления ретинированного восьмого зуба:

1. удерживать марлевый тампон в течение 20-30 минут для прижатия краев раны и более быстрой остановке кровотечения с лунки;

2. прикладывать лёд на щеку на стороне удаленного зуба, что способствует снижению интенсивности боли, риска кровотечения, появления гематомы и выраженности послеоперационного отека;

3. не есть в течение 2-3 часов после удаления вообще, отказ от приема горячей пищи и напитков во избежание появления отека, гематомы и кровотечения;

4. полоскание антисептиками;

5. ограничить нагрузки, спорт, походы в сауну, солярии - приводят к кровотечениям и гематомам.

Имеются также различные методики с использованием дополнительных манипуляций во время операций для лучшего заживания ран и уменьшения риска осложнений. Нами использовались препараты для внесения в рану, такие как губка «альвостаз», «альвио паста», концентрированный фибрин (PRF). Также при самых сложных и глубоко расположенных зубах после проведенной операции в рану устанавливался дренаж, что способствовало профилактике инфицирования.

При оптимизации тактики лечения раны нами проводилось исследование по проведению профессиональной чистке зубов, как профилактике осложнений и лучшего заживления послеоперационной раны. Наблюдались 3 группы пациентов: без про-

ведения чистки зубов, проведение чистки зубов непосредственно перед операцией, проведение чистки в плановом порядке за 2-3 дня до операции.

Оптимизированный метод ведения раны после операции удаления третьего ретеннированного моляра был сделан на основе изученного материала научных статей и собственного опыта. Оптимизированный метод был использован на 201 пациенте. Заключается он в полном списке манипуляций и назначений, которые в зависимости от сложности и травматичности удаления были наиболее эффективны в заживлении раны после операции. Пациенты были разделены на 3 группы, учитывая степень травмы проведенной операции удаления третьего ретеннированного моляра (низкая, средняя, высокая). В зависимости от этого было предложено лечение раны с наименьшим риском развития осложнений (табл. 2).

Таблица 2

Оптимизированный метод ведения раны

| <i>Степень хирургической травмы</i> | <i>Мероприятия при подготовке и во время проведения операции</i> | <i>Послеоперационные назначения</i> |
|-------------------------------------|--|--|
| Низкая | Профессиональная чистка зубов за 2-3 дня, КЛКТ диагностика при подготовке. Удаление с учетом классификации и методики проведения операции. Ушивание краев раны | Ванночки с р-ром хлоргексидина 0,05%, накладывание холода снаружи в области операционного поля. Антибиотик перорально (амоксиклав, ципрофлоксацин) - по необходимости, НПВС (ибупрофен) - перорально при болях |
| Средняя | Профессиональная чистка зубов за 2-3 дня, КЛКТ диагностика при подготовке. Удаление с учетом классификации и методики проведения операции. Внесение в рану гемостатической губки «альвостаз» («альвио пасты») либо концентрированного фибрина (PRF), ушивание раны | Ванночки с р-ром хлоргексидина 0,05%. Накладывание холода снаружи на область операционного поля, Антибиотик перорально (сумамокс) - по необходимости. НПВС (диклопар) перорально при болях |
| Высокая | Профессиональная чистка зубов за 2-3 дня, КЛКТ диагностика при подготовке. Удаление с учетом классификации и методики проведения операции. Внесение в рану «альвостаз» («альвио пасты») либо PRF, ушивание раны, установка дренажа | Ванночки р-ром «Декасан», накладывание холода снаружи в области операционного поля, Антибиотик (цефтриаксон в/м, метрогил в/в капельно), НПВС (диклопар перорально либо диклофенак в/м). |

В рамках исследования была также набрана группа, состоящая из 85 пациентов, которым проводилось удаление третьих моляров по общепринятой методике, т.е. по общепринятой в регионе тактике хирур-

гического лечения зубов. К сожалению, при такой тактике, не проводится профилактических мер в виде заранее проведенной профессиональной чистки зубных отложений, удаление производится в условиях плохой

гигиены. КЛКТ диагностика считается дорогостоящей ненужной процедурой, делают лишь дентальный снимок и реже ортопантомограмма, а иногда и вовсе игнорируется рентгенологическое исследование. Удаление производится без учета классификации, что часто приводит к высокой травматизации мягких тканей, сломам корней, перелому стенок альвеолярной кости.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием данных компьютерной программы «Коллибри», в которую вводились все данные о пациентах.

Результаты и их обсуждение

По результатам исследований выявлено, что заживление раны зависит от многих факторов: профилактики, диагностики, проведения операции, медикаментозной обработки раны и послеоперационных назначений. В свою очередь, послеоперационные назначения зависят от компетентности врача и от исполнительности пациентов, которые обязаны выполнять предписания врача. Таким образом, успех в работе врача зависит

не только от него. Поэтому пациенту надо точно и тщательно разъяснить, что может быть в случае невыполнения назначений и рекомендаций, чтобы он полностью был осведомлен об осложнениях послеоперационного периода. Исходя из этого, была оптимизирована методика ведения раны после удаления третьего ретинированного моляра с учётом всех нюансов (см. описание в разделе «Материал и методы исследования»).

В ходе исследования было замечено, что проведение чистки в день проведения удаления зуба вредит процессу заживления и частота осложнений таких, как, например, альвеолит, возрастает. Поэтому при плановом проведении хирургического лечения восьмых ретинированных зубов верхней и нижней челюстей рекомендуется производить профессиональную чистку зубных отложений за 2-3 дня до удаления.

Результаты проведенного исследования на 201 пациенте показали, что данная методика является оптимальной для хорошего заживления раны с минимальным риском осложнений (табл. 3).

Таблица 3

Процент осложнений и заживания раны без осложнений по оптимизированной методике

| <i>Сложность операции</i> | <i>Количество пациентов</i> | <i>Процент осложнений</i> | <i>Процент заживления раны без осложнений</i> |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|---|
| <i>Легкая</i> | 161 | 5 | 95 |
| <i>Средняя</i> | 91 | 23 | 77 |
| <i>Сложная</i> | 25 | 30,2 | 70 |
| <i>Общее количество</i> | 277 | 14,4 | 85,6 |

По общепринятой методике из 85 обследованных у 22 (25,9%) пациентов даже при назначении антибиотикотерапии и прикладывании холода отмечались осложнения (альвеолит, сильные боли, отек, температура, гематома, гиперемия кожных покровов в области удаленного зуба) - практически у каждого 4-го пациента.

При добавлении в процесс лечения раны профилактических мер (чистка зубных отложений за 2-3 дня), КЛКТ диагностики, качественного медикаментозного лечения раны, указанного выше списка назначений, при условии выполнения их пациентами частота осложнений снижается до 14,4%.

Заключение

Заживание послеоперационной раны без осложнений является одним из ключевых факторов успешного проведения операции.

Группа пациентов, которые получили оптимизированное лечение после удаления ретинированных третьих моляров, показала уменьшение количества таких осложнений, как отеки, гематомы, боли, контрактуры, луночковые кровотечения, воспаления лунки удаленного зуба - в 1,8 раза, что улучшает качество жизни в послеоперационном периоде.

Успешное удаление ретинированного третьего моляра и заживление раны зависят в большей степени от квалификации врача - начиная от правильной диагностики и планирования операции и заканчивая удалением ретинированного третьего моляра, а также оптимизированием лечения после удаления. Травматичное удаление и обычные назначения врача приводят к частому развитию осложнений и плохому заживлению раны.

Предложенная оптимизированная методика в разы снизила риск осложнений до так называемых «чистых» ран, что спо-

собствовало более быстрому и хорошему заживлению послеоперационных ран у пациентов.

ЛИТЕРАТУРА (п. 7 СМ. В REFERENCES)

1. Бадалян В.А., Дробот Г.В., Брутян В.А., Копылов М.В. Методика удаления ретинированных третьих моляров при тесном расположении с нижнеальвеолярным нервом // Хирургия. 2019. Т.90, №2 С. 58-61.
2. Гуринов А.Н., Кузин А.В., Согачева В.В. и др. Тактика лечения пациентов при удалении третьих моляров нижней челюсти, прилежащих к нижнечелюстному каналу // Стоматология. 2022. Т. 101, № 6. С. 73 78.
3. Дрегалькина А.А. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Современные особенности клинического течения, принципы диагностики и лечения. Учебное пособие. Екатеринбург: Тираж, 2020. 108 с.
4. Прыгунов К.А., Аболмасов Н.Н., Евстигнеев А.Р. Биспектральная фотодинамическая терапия при экстракции третьих моляров // Лазерная медицина. 2021. Т. 25, №3. С. 34-39
5. Смирнов А.Д., Юсаев Т.А. Удаление ретинированного третьего моляра нижней челюсти с использованием маркированного хирургического бора // Стоматология. 2022. Т.101, № 5. С. 73 76.
6. Токаревич И.В. Клиническая ортодонтия. Учебное пособие. Минск: БГМУ, 2019. 202 с.

REFERENCES

1. Badalyan V.A., Drobot G.V., Brutyan V.A., Kopylov M.V. Metodika udaleniya retinirovannykh tretikh molyarov pri tesnom raspolozhenii s nizhnealveolyarnym nervom [Method for removing impacted third molars in close proximity to the inferior alveolar nerve]. *Khirurgiya* – Surgery, 2019, Vol. 90, No. 2, pp. 58-61.
2. Gurin A.N., Kuzin A.V., Sogacheva V.V. Taktika lecheniya patsientov pri udaleniі tretikh molyarov nizh-

ney chelyusti, prilezhashchikh k nizhnechelyustnomu kanalu [Treatment tactics for patients undergoing removal of mandibular third molars adjacent to the mandibular canal]. *Stomatologiya - Dentistry*, 2022, Vol. 101, No. 6, pp. 73 78.

3. Dregalkina A.A. *Vospalitelnye zabolevaniya chelyustno-litsevoy oblasti. Sovremennye osobennosti klinicheskogo techeniya, printsipy diagnostiki i lecheniya* [Inflammatory diseases of the maxillofacial area. Modern features of the clinical course, principles of diagnosis and treatment]. Ekaterinburg, Tirazh Publ., 2020. 108 p.

4. Prygunov K.A., Abolmasov N.N., Evstigneev A.R. Bisppektralnaya fotodinamicheskaya terapiya pri ekstraksii tretikh molyarov [Bispectral photodynamic therapy for extraction of third molars]. *Lazernaya meditsina – Laser medicine*, 2021, Vol. 25, No. 3, pp. 34-39

5. Smirnov A.D., Yusaev T.A. Udalenie retinirovannogo tretiego molyara nizhney chelyusti s ispolzovaniem markirovannogo khirurgicheskogo bora [Removal of an impacted mandibular third molar using a marked surgical bur]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2022, Vol. 101, No. 5, pp. 73 76.

6. Tokarevich I.V. *Klinicheskaya ortodontiya* [Clinical orthodontics]. Minsk: BGMU Publ., 2019. 202 p.

7. Ben J.S., Krisna S.B. Current thinking in lower third molar surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2022, No. 60 (3), pp. 257-265.

Сведения об авторе:

Юнусов Далер Абдулганиевич – аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел: (+992) 904425225

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616.714.1-001.5

¹Шамсзода Х.А., ¹Набиев З.Н.,
²Рахматова Р.А., ²Гиёсов Х.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН
РТ

²ГУ «Национальный медицинский центр РТ – “Шифобахш”»

¹Shamszoda H.A., ¹Nabiev Z.N.,
²Rahmatova R.A., ²Giesov H.A.

SOME ASPECTS OF COGNITIVE DISORDERS DUE TO CRANIO-BRAIN INJURY

¹State Institution «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child Surgery»
MHCP RT

²State Institution National Medical Center «Shifobahsh» RT

В статье представлены результаты анализа данных современной литературы о некоторых аспектах диагностики когнитивных нарушений после черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Было доказано, что при легкой ЧМТ последствия могут проявиться после нескольких месяцев или лет – так называемый посттравматический синдром, в определенной степени снижаются умственные и/или физические способности, что может привести к профессиональной дезадаптации и выгоранию.

Выявление таких изменений дает возможность прогнозирования течения травматической болезни головного мозга, установления дальнейшей профессиональной адаптации, планирования адекватной реабилитации для улучшения качества жизни пострадавших от ЧМТ.

Ключевые слова: травма, ЧМТ, ушибы, когнитивные нарушения, мозг

The article presents the results of the analysis of the data of modern world literature on some aspects of the diagnosis of cognitive impairment after traumatic brain injury. It has been proven that with mild TBI, the consequences can manifest themselves within a few months or years - the so-called post-traumatic syndrome, mental or physical abilities are reduced to a certain extent, which can lead to professional maladaptation and burnout.

The identification of such changes makes it possible to predict the course of a traumatic brain disease in this category of patients, to establish further professional adaptation, and to plan adequate rehabilitation to improve the quality of life of victims of TBI.

Key words: trauma, TBI, bruises, cognitive impairment, brain

Одной из важных проблем не только клинической медицины, но и социально значимых является травматическое поражение головного мозга (ГМ).

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), каждый год от черепно-мозговых травм (ЧМТ) страдают более 10 миллионов людей [3, 6, 11].

При анализе научных трудов отечественных и зарубежных ученых выявлено, что год за годом наблюдается тенденция к увеличению ЧМТ в совокупности, которая занимает до 80% отобщей доли всех неврологических заболеваний [2, 4, 10, 14, 19, 23].

Согласно данным «Национального центра по профилактике и контролю травматизма

США», в 2013 году был зафиксирован 1591 случай травматизма на 100 тыс. населения среди детей в возрасте до 4 лет и 1081 случаев - среди молодых лиц в возрасте от 15 до 24 лет.

По подсчетам ученых, у 2/3 больных, перенесенных различные ЧМТ, впоследствии наблюдаются некоторые виды неврологических изменений органическо-функционального генеза или же могут формироваться новые неврологические синдромы, что может негативно повлиять на посттравматический период [14, 18, 25].

Даже при легкой ЧМТ последствия могут проявиться в течение нескольких месяцев или лет – так называемый послетравматический синдром, в определенной степени снижаются умственные или физические способности, что может привести к профессиональной дезадаптации и выгоранию. Возможность предугадать и предупредить неблагоприятные последствия ЧМТ, безусловно, привлекают внимание ученых. Большие надежды возлагаются на нейровизуализационные методы в оценке структурных нарушений, однако после легкой ЧМТ длительное время преобладают лишь функциональные изменения и поэтому даже современные методы нейровизуализации (КТ, МРТ) не выявляют нарушений [8, 15, 22].

Диагноз тяжести ЧМТ основан на оценке клинических проявлений: глубине и длительности нарушения сознания, послетравматической амнезии, неврологических и вегетативных расстройствах; их соответствия нейровизуализационным признакам, однако, четкого соответствия может и не быть. Все это, главным образом, зависит от локализации и объема очага поражения и от наличия вторичных процессов, которые развиваются вокруг очага поражения.

По шкале комы Глазго (ШКГ) состояние больного оценивается по сумме баллов на основе трех параметров: открывание глаз (1-4 балла), двигательная реакция (1-6 баллов), словесная реакция (1-5 баллов); ЧМТ легко признается при сумме баллов не менее 13-15 [3, 5, 12, 23]. Унифицированная Международная классификация позволила выработать единые подходы к построению лечебно-диагностического комплекса в зависимости от тяжести состояния больного, а также оценить эффективность лечения ЧМТ в различных лечебных учреждениях. показатели летальности в зависимости от тяжести ЧМТ: при 15 баллах за ШКГ летальность не должна превышать 1%, при 13-14 баллах – 3-5% [12, 17].

Одним из наиболее легких вариантов ЧМТ является сотрясение головного мозга (СГМ), код по МКБ-10: S06.0. Для СГМ характерны кратковременная потеря сознания до тридцати минут, с возможной амнезией, отсутствием очаговой неврологической и менингеальной симптоматики, также может быть жалобы на головную боль, тошноту и рвоту [5, 17, 19]. В клинической картине доминируют общемозговые расстройства, могут наблюдаться астеновегетативные расстройства (астенизация, нестабильность эмоциональных реакций, дисфоричность, нарушения сна, бледность или гиперемия кожных покровов, субфебрилитет, лабильность пульса и артериального давления). В неврологическом статусе возможны незначительная анизорефлексия, мелкомерцающий горизонтальный нистагм, слабость конвергенции, легкая девиация языка в сторону, снижение брюшных рефлексов, возможны незначительные координаторные расстройства; симптом Седана (различие глазных яблок при чтении); симптом Гуревича Мана и Маринеску-Радовичи. Отмеченные явления, как правило, регрессируют в течение 4–10 дней [8]. Часто при неврологическом исследовании какой-либо очаговой симптоматики не выявляется, однако рекомендуется повторить неврологическое исследование через 2 часа. При получении СГМ не должно быть переломов костей черепа и кровоизлияний в субарахноидальное пространство. Необходимо проводить дифференциальную диагностику СГМ с ушибом ГМ, что считается более тяжелой травмой, при котором наблюдается потеря сознания с длительностью от 1-го до несколько часов. Ушибы ГМ сопровождаются макроскопическими изменениями мозгового вещества разной степени. При этом выделяют очаговые ушибы мозга и так называемое диффузное аксональное повреждение головного мозга. Структурной основой последнего является острая первичная дегенерация аксонов, преимущественно подкорково-стволовых отделов мозга с истоком аксоплазмы и образованием аксональных «шариков». [14, 9, 25]. Действительная эпидемиология СГМ считается невыясненной, поскольку зафиксировать все случаи невозможно вследствие того, что пациенты часто не обращаются за медицинской помощью, считая травму незначимой. Профилактикой является предупреждение травматизма [3, 12]. В структуре ЧМТ доминирует СГМ – 81-90%, ушибы ГМ разной степени тяжести

диагностируют у 5-13% пострадавших от ЧМТ. Больные с легкой ЧМТ составляют около 80% от числа госпитализированных по поводу ЧМТ [4, 10, 22]. Удельный вес травм головного мозга у мужчин выше, чем у женщин [3, 9, 15, 17].

Выделяют несколько первичных факторов в патогенезе ЧМТ: «одним из важных факторов является ударная волна с перепадами давления в местах противоудара; аналогично ударный эффект костно-черепной деформации; резонансная кавитация; гидродинамический толчок – в момент травмы цереброспинальная жидкость направляется из достаточно широких полостей желудочков в межжелудочковые отверстия, водопровод мозга и др.; при травме ускорение-замедление происходит перемещение и ротация больших полушарий относительно более фиксированного ствола мозга с натяжением и разрывом аксонов» [9, 16]. Различные структурно-функциональные повреждения ГМ возникают на субклеточном, клеточном тканевом и органном уровнях, а также нарушения регуляции функций жизненно важных систем организма. Во время СГМ осуществляется выброс нейротрансмиттера глутамата в ткани ГМ, вследствие чего происходит массивная деполяризация нейронов с нарастающим содержанием внеклеточного калия. Для поддержания мембранных механизмов ионного насоса (внутриклеточного гемостаза) с аденозинтрифосфатом (АТФ), как основного источника энергии, значительно повышается метаболизм глюкозы, что в свою очередь приводит к гипергликолизу, накоплению лактата, секвестрации кальция и митохондриальной дисфункции.

Снижается продукция АТФ, что еще больше усугубляет энергетический кризис. Этот метаболический каскад подобен цепи окислительных реакций при остром и хроническом сосудистых повреждениях мозга [5, 11, 12, 14, 18]. Во время «сверхострой метаболической фазы» мозговое кровоотечение, даже в сохранившихся сосудах, не может справиться с резким повышением энергетических потребностей, что приводит к высокому риску вторичного повреждения нейронов (вторичные факторы патогенеза). Данная фаза продолжается от 30 минут и может сохраняться до нескольких часов, что, главным образом, зависит от тяжести ЧМТ [1-3, 8, 20]. Но, тем не менее, недостаточно доказательной базы того, что ранние признаки сотрясения головного мозга, такие как амнезия, оглушение и нарушения сознания, являются по отноше-

нию к диффузной деполяризации мембран вторичными [9, 12].

Вслед за гиперметаболизмом наблюдается стойкая фаза снижения метаболизма, которая называется «период гипометаболизма», длительность которого составляет от 7 до 10 суток, причем клинические проявления церебрального гипометаболизма – это когнитивные расстройства [5, 9]. Главным критерием периодизации ЧМТ есть состояние морфологического субстрата: патоморфологические изменения мозгового вещества, оболочек, сосудов. Соответственно, в динамике этих процессов клиническая картина заболевания проходит этапы роста патологических проявлений, стабилизации, регресса симптоматики и, наконец, устойчивых остаточных явлений или выздоровления.

Существует несколько главных видов связанных между собой патологических изменений при ЧМТ: 1) «непосредственное повреждение вещества головного мозга в момент травмы; 2) нарушение мозгового кровообращения; 3) нарушение ликвородинамики; 4) нарушение нейродинамических процессов; 5) формирование рубцово-спаечных процессов; 6) изменения аутонейросенсибилизации» [5, 6, 13]. Сотрясение ГМ характеризуется комплексом взаимосвязанных деструктивных, реактивных и компенсаторно приспособительных процессов, протекающих на ультраструктурном уровне в синаптическом аппарате, нейронах, клетках [9, 15, 16]. Ушибы ГМ, в среднем наблюдаются у 10-15% пострадавших больных с ЧМТ. Так, при ушибах ГМ отмечается повреждение, которые на макроскопическом уровне характеризуются наличием в веществе мозга и в его оболочках деструктивных и гемостатических нарушений. В данной форме повреждения ГМ присутствуют изменения веществ ГМ на макроструктурном уровне, что и обуславливают очаговый симптомокомплекс.

Ушибы ГМ легкой степени характеризуются умеренно выраженными общемозговыми и очаговыми расстройствами. Сознание пропадает на минуты (до 30–40 минут). У большинства пострадавших присутствует как ретроградная, так и антероградная амнезия. Более выраженные неврологические расстройства – горизонтальный нистагм, пирамидная недостаточность (чаще в виде анизорефлексии), выпадение функций черепных нервов. При наличии субарахноидального кровоизлияния обнаруживается легко выраженный менингеальный синдром. Симптоматика обычно мягкая и регрессирует через

2–3 недели. Жизненно важные функции без выраженных нарушений. Может наблюдаться тахи-, брадикардия; незначительное повышение АД. Дыхание не нарушается. Возможны переломы костей черепа. Основные изменения, которые могут развиваться в сосудистой системе отмечаются спазмом или расширением сосудов, повышением проницаемости стенки сосудов [5, 6, 24].

Еще одним из связующих факторов патогенетического механизма формирования последствий ЧМТ при сосудистых нарушениях являются нарушения динамики ликвора «ликвородинамика». Изменение ликвородинамики в результате ЧМТ связано с повреждением эндотелия хориоидных сплетений желудочков, вторичными нарушениями микроциркуляторного русла ГМ, фиброзом мозговых оболочек, в отдельных случаях – ликвореей. Данные нарушения приводят к появлению ликворной гипертензии, реже к гипотензии. Чаще всего при подозрении на ушибы ГМ у больных выявляются факты падения с высоты собственного роста или получение других тяжелых травм в анамнезе.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 8-26 см. в REFERENCES)

1. Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при посттравматическом стрессовом расстройстве. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2024. Т. 124, № 5. С. 69-74
2. Зайцева Е.С. Компьютерная томография переломов костей основания черепа у младенцев и детей младшего возраста // Российский педиатрический журнал. 2023. Т. 26, № 1. С. 32-38.
3. Левин О.С., Чимогомедова А.Ш. Когнитивные нарушения при черепно-мозговых травмах // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2019. № 2. С. 33-43
4. Маткари И., Семенова Ж. Б. Предикторы внутри-мозговых кровоизлияний после ЧМТ при уровне сознания 13-15 баллов по ШКГ // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. 2023. № 1. С. 4-9.
5. Прокопенко С.В., Можейко Е.Ю. Коррекция когнитивных нарушений у больных, перенесших черепно-мозговые травмы // Consilium medicum. 2017. Т. 19. №2-1. С. -64-69
6. Рогожин Е.А., Семенова Ж.Б. Клинико-рентгенологические предикторы неблагоприятных исходов у детей с тяжелой ЧМТ после декомпрессивной трепанации черепа // Детская хирургия. 2023. Т. 27, № S1. С. 150.
7. Чухловина М.Л., Чухловин А.А. Особенности ведения пациентов с черепно-мозговой травмой // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121, № 9. С. 145-151.

RESERENSES

1. Bogolepova A.N. Kognitivnye narusheniya pri posttraumaticheskom stressovom rasstroystve [Cognitive

impaired in post-traumatic stress disorder]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2024, Vol. 124, No. 5, pp. 69-74

Одну из главных ролей в патогенезе мо- фологических нарушений при ЧМТ играет гипоксические и дисметаболические нарушения. Таким образом, среди клинических проявлений ЧМТ важное место занимают нарушения интеллекта, церебростения, повышение уровня тревоги и тревожности, возникновение депрессии, а также разные формы психопатий [14]. Кроме того, психоневрологические нарушения претерпевают существенные количественные и качественные изменения в динамике клинического течения заболевания, установлена их зависимость от локализации очага повреждения. Выявление таких изменений дает возможность прогнозирования протекания травматической болезни головного мозга у данной категории пациентов, установления дальнейшей профессиональной адаптации, планирования адекватной реабилитации для улучшения качества жизни пострадавших от ЧМТ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

impairment in post-traumatic stress disorder]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2024, Vol. 124, No. 5, pp. 69-74

2. Zaytseva E.S. Kompyuternaya tomografiya perezlomov kostey osnovaniya cherepa u mladentsev i detey mladshogo vozrasta [Computed tomography of skull base fractures in infants and young children]. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal – Russian Pediatric Journal*, 2023, Vol. 26, No. 1, pp. 32-38.

3. Levin O.S., Chimogomedova A.Sh. Kognitivnye narusheniya pri cherepno-mozgovykh travmakh [Cognitive impairment in traumatic brain injuries]. *Sovremennaya terapiya v psikiatrii i neurologii – Modern therapy in psychiatry and neurology*, 2019, No. 2, pp. 33-43

4. Matkari I., Semenova Zh. B. Prediktory vnutrimozgovykh krovoizliyanii posle CHMT pri urovne soznaniya 13-15 ballov po SHKG [Predictors of intracerebral hemorrhages after TBI at a level of consciousness of 13-15 points according to the GCS]. *Meditcina. Sotsiologiya. Filosofiya. Prikladnye issledovaniya – Medicine. Sociology. Philosophy. Applied research*, 2023, No. 1, pp. 4-9.

5. Prokopenko S.V., Mozheyko E.Yu. Korrektsiya kognitivnykh narusheniy u bolnykh, perenesshikh cherepno-mozgovykh travmy [Correction of cognitive impairment in patients who have suffered traumatic brain injuries]. *Consilium medicum – Consilium medicum*, 2017, Vol. 19, No. 2-1, pp. -64-69

6. Rogozhin E.A., Semenova Zh.B. Kliniko-rentgenologicheskie prediktory neblagopriyatnykh iskhodov u detey s tyazhyoloy CHMT posle dekompressivnoy trepanatsii cherepa [Clinical and radiological predictors

of adverse outcomes in children with severe TBI after decompressive craniotomy]. *Detskaya khirurgiya – Pediatric Surgery*, 2023, Vol. 27, No. S1, pp. 150.

7. Chukhlovina M.L., Chukhlovin A.A. Osobenno-sti vedeniya patsientov s cherepno-mozgovoy travmoy [Features of management of patients with traumatic brain injury]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2021, Vol. 121, No. 9, pp. 145-151.

8. Benavente-Fernández I. Socioeconomic status and brain injury in children born preterm: modifying neurodevelopmental outcome. *Pediatric Research*, 2020, Vol. 87, No. 2, pp. 391-398.

9. Bernardo-Castro S. Pathophysiology of blood-brain barrier permeability throughout the different stages of ischemic stroke and its implication on hemorrhagic transformation and recovery. *Frontiers in neurology*, 2020, Vol. 11, pp. 1605.

10. Bhattacharya P., Pandey A.K., Paul S. Aquaporin-4 Inhibition Mediates Piroxicam-Induced Neuroprotection against Focal Cerebral Ischemia/Reperfusion Injury in Rodents. *PLoS ONE*, 2013, Vol. 8, No. 9, pp. e73481.

11. Bigler E.D. Structural neuroimaging in mild traumatic brain injury: A chronic effects of neurotrauma consortium study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2019, Vol. 28, No. 3, pp. e1781.

12. Byvaltsev V.A., Belykh E.G., Sorokovikov V.A. A case of successful treatment of post-traumatic frontal lobe brain abscess in patient during subacute period of penetrating craniocerebral trauma. *New Armenian Medical Journal*, 2015, Vol. 9, No. 4, pp. 80-88.

13. Charry J.D., Falla J.D., Ochoa J.D. External validation of the Rotterdam computed tomography score in the prediction of mortality in severe traumatic brain injury. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 2017, Vol. 8, pp. S23-S26.

14. Cheng P. Traumatic brain injury mortality among US children and adolescents ages 0–19 years, 1999–2017. *Journal of safety research*, 2020, Vol. 72, pp. 93-100.

15. Fareed M., Mohd Isa M.F., Mohd Noor W.S. W Human resource professionals' effectiveness, organizational culture and high performance work system link: Evidence from Pakistan. 2016, Vol. 6, No. 7, pp. 335-344.

16. Geeraerts A. Psychological symptoms do not discriminate between reflux phenotypes along the organic-functional refractory GERD spectrum. *Gut*, 2023, Vol. 72 (10), pp. 1819-1827.

17. Jurcau A., Simion A. Neuroinflammation in cerebral ischemia and ischemia/reperfusion injuries: from pathophysiology to therapeutic strategies. *International journal of molecular sciences*, 2021, Vol. 23, No. 1, pp. 14-21.

18. Keenan H.T. Trajectories of children's executive function after traumatic brain injury. *JAMA network open*, 2021, Vol. 4, No. 3, pp. e212624-e212624.

19. Kim J.Y. Inflammation after ischemic stroke: the role of leukocytes and glial cells. *Experimental neurobiology*, 2016, Vol. 25, No. 5, pp. 241-256.

20. Maas A.I.R. Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, 2022, Vol. 21 (11), pp. 1004-1060.

21. Paçalska M. The quality of life of persons with TBI in the process of a Comprehensive Rehabilitation Program. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 2012, Vol. 18, No. 7, pp. CR432.

22. Smith L.G.F. Advanced neuroimaging in traumatic brain injury: an overview. *Neurosurgical Focus*, 2019, Vol. 47, No. 6, pp. E17.

23. Talari H.R. The prognostic value of Rotterdam computed tomography score in predicting early outcomes among children with traumatic brain injury. *World Neurosurgery*, 2019, Vol. 125, pp. e139-e145.

24. Tokhirova D.A. Clinical and paraclinical features of cephalgia formed as a consequence of cranio-brain injury. *Art of Medicine. International Medical Scientific Journal*, 2022, Vol. 2, No. 3, pp. 44-47.

25. Wiese W., Friston K. J. The neural correlates of consciousness under the free energy principle: From computational correlates to computational explanation. *Philosophy and the Mind Sciences*, 2021, Vol. 2, pp. 134-142.

26. Williams C. N. Sleep-wake disturbances after acquired brain injury in children surviving critical care. *Pediatric neurology*, 2020, Vol. 103, pp. 43-51.

Сведения об авторах:

Шамсзода Хизматулло Амирхон – докторант ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 985188989; e-mail: peditria@internet.ru

Набиев Зохир Нарзуллаевич – старший научный сотрудник ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 888888335; e-mail: zoir_1962@mail.ru

Рахматова Рухиона Акрамовна – зав. детским отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ГУ «Национальный медицинский центр РТ “Шифобахи”»; тел.: (+992) 909968228; e-mail: ruhsh6868@mail.ru

Гийёсов Холназар Амонович – зам. директора ГУ «Национальный медицинский центр РТ “Шифобахи”» по работе с детьми; тел.: (+992) 903626262; e-mail: giyasov.Cholnazar@mail.ru

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2024

УДК 616.24-002-07-08; 618.14-002

Холикова Н.Н., Ахмедов Ф.С.,
Зойдбоева Н.З., Сангова Ф.Р.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОМЕТРИОЗА ЛЕГКИХ

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

*Kholikova N.N., Akhmedov F.S.,
Zoidboeva N.Z., Sangova F.R.*

CLINICAL CASE OF PULMONARY ENDOMETRIOSIS

Department of Internal Medicine №1 of the State Educational Establishment “Avicenna Tajik State Medical University”

В статье рассматривается клинический случай эндометриоза легких у пациентки репродуктивного возраста. Представлены трудности диагностики экстрагенитального эндометриоза, в конкретном случае эндометриоза органов дыхания, необходимость индивидуального подхода в тактике практикующего врача в ведении пациенток со спонтанными гемотораксами и приступами кровохарканья. Данный клинический пример представлен для врачей пульмонологов, врачей общей практики в аспекте повышения их внимания на участвовавшие случаи экстрагенитального эндометриоза в Республике Таджикистан.

Ключевые слова: эндометриоз, экстрагенитальный эндометриоз, эндометриоз легких, гемоторакс, кровохарканье, женщины репродуктивного возраста

The article considers a clinical case of pulmonary endometriosis in a patient of reproductive age. The difficulties of diagnosing extragenital endometriosis, in a specific case of endometriosis of the respiratory organs, the need for an individual approach in the tactics of a practicing physician in managing patients with spontaneous hemothoraces and attacks of hemoptysis are presented. This clinical example is presented for pulmonologists, general practitioners in the aspect of increasing their attention to the increasing cases of extragenital endometriosis in the Republic of Tajikistan.

Key words: endometriosis, extragenital endometriosis, pulmonary endometriosis, hemothorax, hemoptysis, women of reproductive age

Эндометриоз легких – редкое узелковое и инфильтративное заболевание легких, которое поражает женщин репродуктивного возраста, характеризуется патологической имплантацией клеток эндометрия в органы дыхания и проявляется спонтанными пневмотораксами, гемотораксами, эпизодами кровохарканья и одышкой. Этиология до конца не изучена, существует несколько предполагаемых теорий относительно развития данной патологии. Согласно имплантационной теории, клетки эндометрия попадают в дыхательную систему по кровеносной системе, и преимущественно возникает у женщин после акушерских вмешательств на органах малого таза (аборты, оперативные вмешательства, различные гинекологические манипуляции) [2].

Экстрагенитальный эндометриоз является нередкой патологией, универсальной проблемой для всех медицинских специальностей [1, 2]. Частота встречаемости экстрагенитального эндометриоза составляет 5-15% от всех других форм эндометриоза у женщин фертильного возраста всего земного шара, с тенденцией к росту [1]. Первые проявления чаще обнаруживаются у женщин в возрасте 30-35 лет.

В последние годы всё чаще обращаются пациенты с поражением бронхолёточной системы неизвестной природы, по типу идиопатического поражения в легких, в связи с этим остро возникает проблема дифференциальной диагностики с другими интерстициальными заболеваниями легких. Клиническая картина экстрагенитального эндометриоза зависит от

того, какой орган вовлечен в патологический процесс, так как патологические инфильтраты эндометрия подвергаются таким же циклическим процессам, как и эндометрий матки. В случае развития патологического процесса в легких отмечается следующая клиническая картина: кашель, кровохарканье, спонтанные гемотораксы и пневмотораксы.

Большинство авторов отмечают связь развернутой клинической картины эпизодического кровохарканья с менструальными циклами у женщин репродуктивного возраста [2]. Развернутая клиническая стадия заболевания создает зачастую «тупиковую» ситуацию для практикующих врачей в плане дифференциальной диагностики и заболевание прогрессирует, так как при проявлении патологического кровотечения из пораженного органа не всегда практикующие врачи обращают внимание на связь с менструацией, не уточняют акушерско-гинекологический анамнез.

Учитывая все вышесказанное, представлена статья, в которой рассмотрен клинический случай экстрагенитального эндометриоза на примере пациентки возраста 42 лет с жалобами на циклические эпизоды кровохарканья, связанными с периодами menses. Нами было проведено полное обследование с учетом дифференциальной диагностики с другими инфильтративными заболеваниями легких.

Клинический случай. Пациентка 42 лет поступила в отделение пульмонологии ГУ ГЦЗ № 2 им. К.Т. Таджикиева с жалобами на кашель с периодическими эпизодами кровохарканья, связывает с периодами menses, также предъявила жалобы на общую слабость, одышку при физической нагрузке. В марте 2023 г. в связи с нарастающей одышкой, неэффективностью терапии была консультирована пульмонологом, предположен диагноз: ХОБЛ. ДН 1 ст. Рекомендована плановая госпитализация для уточнения диагноза, продолжение базисной терапии. Диагноз при поступлении: J84.9, Интерстициальная легочная болезнь неуточненная, диффузная форма, прогрессирующего течения. ДН 3-4 >1 ст.

Из анамнеза жизни: единственный ребенок в семье, замужем, домохозяйка. В настоящее время проживает в 3-комнатной квартире со всеми удобствами с родителями в кирпичном доме. Материально-бытовые и социальные условия проживания удовлетворительные. Вредных привычек не имеет, не курит.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной с 15 лет. Начало первых симптомов связывает с перенесенным ОРВИ, который осложнился острым катаральным бронхитом. После успешного лечения бронхита временами

(ежемесячно) стала отмечать появление внезапных приступов удушья, кровохарканья, что связывала с периодами menses. В последующем отмечала появление слизистой мокроты, которая увеличивалась в объеме. После ежегодного лечения антибактериальными препаратами (какими препаратами не помнит) отмечала улучшение состояния. Однако в межприступные периоды года стала отмечать появление сухого кашля и незначительную одышку. Со слов больной, приступы удушья и одышки участились с усилением при незначительной физической активности, также появились частые обострения хронического бронхита и тонзиллита. С 2018 г. пациентка страдает бронхиальной астмой, ХОБЛ, обострения 1-2 раза в год, постоянно наблюдается у пульмонолога, базисная терапия: симбикорт, спираива, беродуал. Неоднократно лечилась в условиях стационара и амбулаторно. В течение последних 2 лет лечилась дважды в санаторно-курортных условиях в г. Краснодаре. С начала 2019 года стала отмечать учащение приступов удушья, появление тяжелой одышки при физической активности, что послужило основной причиной ухода с работы. В очередной раз была госпитализирована в ГУ ГЦЗ №2 им. К.Т. Таджикиева с выраженным бронхоспазмом и кровохарканьем. Отмечается резкое ухудшение состояния в виде нарастания одышки, болевого синдрома в грудной клетке. Госпитализирована в отделение интенсивной терапии, где проходила обследование, тропонин - 223 (N-55 нг/мл) с диагнозом: ИБС, ОКС с подъемом сегмента ST от 02.04.2023 г. В ходе госпитализации возник пароксизм ЖТ, с целью восстановления ритма выполнена ЭИТ, транспортирована в отделение ангиографии для выполнения экстренной КАГ. Коронарография выполнена, диагноз ОКС снят, диагностирован правосторонний гемоторакс на фоне эндометриоза легких, выполнено дренирование, легкое расправилось. После стабилизации состояния и симптоматического лечения для дальнейшего лечения пациентка была переведена в отделение пульмонологии ГУ ГЦЗ №2 им. К.Т. Таджикиева для уточнения диагноза и подбора терапии. Из анамнеза: эпизоды кровохарканья пациентка отмечает исключительно во время menses, что и вызывает интерес в данном клиническом случае.

Гинекологический анамнез: менструальный цикл 27 дней, в анамнезе 4 беременности, завершившиеся их невынашиванием и выполнением медицинских абортов.

Перенесенные заболевания: частые ОРВИ, паротит в раннем возрасте.

Аллергические заболевания в семье отрицает. Аллергических реакций на лекар-

ственные препараты и пищевые продукты не отмечала.

Объективно: общее состояние больной неудовлетворительное, что обусловлено жалобами больной и резко нарастающей одышкой, приступами кашля и кровохарканья. Телосложение астеническое, гипотрофична, масса тела 46 кг, рост 162 см. Кожа бледная, носовое дыхание несколько затруднено из-за заложенности, дышит, в основном, ртом. Область носогубного треугольника цианотична, отмечается одутловатость лица, отёчность стоп и голеней. Грудная клетка не деформирована. Межрёберные промежутки увеличены. Область лимфатических узлов пальпаторно безболезненна, лимфатические узлы не увеличены. Живот мягкий, умеренно болезнен в эпигастральной области. Стул редкий, нерегулярный, временами отмечает метеоризм.

При аускультации легких выслушивалось ослабленное везикулярное дыхание и множественные сухие хрипы. При перкуссии легких в области верхней доли правого легкого отмечается коробочный звук. Частота дыхания 28 в минуту, одышка смешанного характера.

Сердечно-сосудистая система и органы брюшной полости без патологических изменений. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Тоны сердца приглушенные, глухие. Пульс 98 в мин, правильный. АД D=S 110/70 мм рт. ст. Пальпаторно: живот умеренно болезнен в области эпигастрия, печень выступала из-под края реберной дуги на 1 см. Пальпировался нижний полюс селезенки.

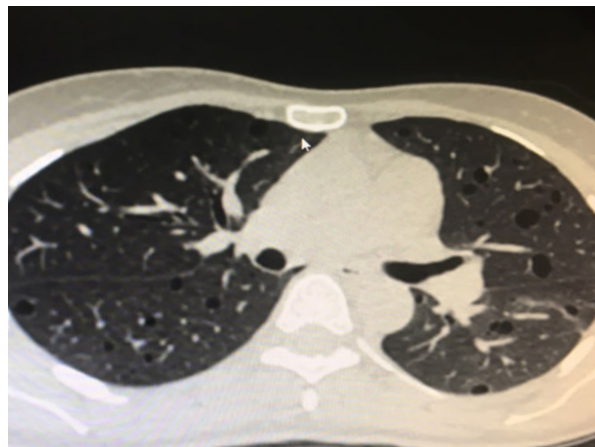
По данным заключения МСКТ ГК: выявлена деформация легочного рисунка по типу "сотое легкое", трахея и бронхи имели полудунную форму в аксиальном сечении. На рентгенограмме, выполненной в реанимации: в правой части легкого с гемотораксом установлен дренаж, воздух в небольшом количестве в правом гемотораксе пристеночной полосой ~ 5 мм в боковых отделах, на снимке - воздуха в плевральных полостях не выявлено. Диффузная инфильтрация легких, жидкости в плевральных полостях не выявлено. Заключение КТ-рентгенографии - картина соответствует диффузному инфильтративному поражению легких неясной этиологии.

КТ-контроль через 3 месяца после терапии: выявлена деформация легочного рисунка по типу "сотое легкое", трахея и бронхи имели полудунную форму в аксиальном сечении. Разрешение очагов инфильтрации, мелкие очаги диффузно-мозаичного типа, расположенные перибронхиально, жидкости воздуха в плевральных полостях не выявлено. Заключение: КТ-картина соответствует диффузному

инфильтративному поражению легких неясной этиологии.

Исследование мокроты: в общем анализе мокроты большое количество лейкоцитов, эритроцитов, элементы воспаления и дистрофии цилиндрического эпителия. Бактериологический посев мокроты - рост непатогенной микрофлоры. Выявлены: альвеолярные макрофаги +, лейкоциты +++, эритроциты +++, микобактерии туберкулеза не обнаружены.

По данным бронхоскопии: трахео-бронхиальная дискинезия I-II степеней, двусторонний диффузный катаральный эндобронхит резко выраженный, обнаружены участки по типу мозаичного строения с очагами кровоизлияний.



МСКТ ГК (аксиальный срез) пациентки с эндометриозом легкого

По результатам лабораторного обследования: эритроциты $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 97 г/л, тромбоциты $138 \times 10^9/л$, лейкоциты $5,1 \times 10^9/л$. Анализ мочи без выраженных изменений.

Биохимический анализ крови: белок 68 г/л, тромбоциты 360×10^9 , глюкоза в крови - 3,4 ммоль/л, йодная проба - +, тимоловая проба - 2,7; креатинин - 164 ммоль/л, мочевины - 20,7 ммоль/л, калий - 6,1 ммоль/л; АлАт- 23 Ед/л; АсАт-64 Ед/л.

Спирометрия: ЖЕЛ в % должной - 91,0, МВЛ к должной - 74%, ФЖЁЛ - 2000 мл, коэффициент ТИФНО - 61%.

Паразитологические исследования: токсокароз - отрицательно; лямблиоз - отрицательно; пневмоцистоз - отрицательно; пневмохламидиоз - отрицательно; кал на я/г - отрицательно.

По данным ЭКГ: синусовый водитель ритма, тахисистолия, ритм регулярный, ЧСС = 116 уд/мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Сдвиг переходной зоны вправо. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Нарушения процессов реполяризации (неспецифические изменения зубца Т).

По данным ЭХОКг: концентрическое ремоделирование ЛЖ. Парадоксальное движение МЖП. МН 1 ст. ТН 1 ст.

Проведено лечение: антибактериальная (согласно результатам чувствительности цефоперазонсульбактам 2,0 × 3 раза в сут.), кардиотропная (верапамил 80 мг × 4 раза в сутки), бронхолитическая (беродуал 2 мл через небулайзер × 3-4 раза в сутки), муколитическая (флуимуцил 0,3 в/в), анальгезирующая, гастропротективная (омепразол 40 мг × 2 раза в сутки), антикоагулянтная (ксарелто 10 мг × 1 раз в сутки), гормональная (будесонидингаляционно) терапия, нутритивная поддержка.

На консилиуме с участием гинекологов установлен диагноз: «Эндометриоз легких. Рецидивирующее кровохарканье». Пациентке с первых дней следующего менструального цикла был назначен пероральный прогестаген. Наблюдение в динамике через 6 месяцев: пациентка отмечает улучшение состояния, жалоб на кровохарканье не предъявляет. На фоне проведенной терапии отмечалась положительная динамика: уменьшилась одышка, кашель, нормализовалась температура тела. На контрольных рентгенограммах и КТ-легких динамики не отмечалось.

Окончательный диагноз:

Основной: Эндометриоз легких, диффузная форма, прогрессирующего течения.

Фоновый: ХОБЛ. Бронхиальная астма средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность 2 степени. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, Пароксизм фибрилляции предсердий неизвестной давности,

купирован 03.08.2022 г. CHA2DS2-VASc - 1 б. HAS-BLED -0. Пароксизмальная форма ЖТ в анамнезе. ЭИТ от 02.08.2022г. БЛНПГ. Концентрическое ремоделирование ЛЖ. ХСН 1.

Осложнения: Правосторонний пневмоторкс.

Данный клинический пример представлен для врачей пульмонологов, врачей общей практики в аспекте повышения их внимания на участвовавшие случаи экстрагенитального эндометриоза в Республике Таджикистан.

На основе клинико-лабораторных данных был установлен диагноз: «Эндометриоз легких». Основой диагностики послужили характерные клинические симптомы (одышка, кашель, кровохарканье, боли в грудной клетке), а также характерная КТ-картина легких - деформация легочного рисунка по типу "сотовое легкое", трахея и бронхи имели полулунную форму в аксиальном сечении. А также по данным бронхоскопии: трахео - бронхиальная дискинезия I-II степени, двусторонний диффузный катаральный резко выраженный эндобронхит, обнаружены участки по типу мозаичного строения с очагами кровоизлияний, что характерно для эндометриоза легких. После проведенных исследований выявлен конечный клинический диагноз: «Эндометриоз легких». В качестве терапии для пациенток с множественными очагами эндометриоза легких рекомендована длительная гормональная терапия с последующим диспансерным наблюдением у пульмонолога, гинеколога, врача общей практики.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2-12 см. в REFERENCES)

1. Елгина С.И., Лаврова Е.В. Экстрагенитальный эндометриоз: клинико-anamnesticheskie особенности // Медицина в Кузбассе. 2021. № 2. С. 47-49.

2. Чечулина О.В., Данилова О.В. Экстрагенитальный эндометриоз. Клинический случай. // Consilium medicum. 2021. Т. 23, № 5. С. 445-447.

REFERENCES

1. Elgina S.I., Lavrova E.V. Ekstragenitalnyy endometrioz: kliniko-anamnesticheskie osobennosti [Extragenital endometriosis: clinical and anamnestic features]. *Meditsina v Kuzbasse – Medicine in Kuzbass*, 2021, No. 2, pp. 47-49.

2. Chechulina O.V., Danilova O.V. Ekstragenitalnyy endometrioz. Klinicheskiy sluchay [Extragenital endometriosis. A clinical case]. *Consilium medicum – Consilium medicum*, 2021, Vol. 23, No. 5, pp. 445-447.

Сведения об авторах:

Холикова Нигина Набижоновна – ассистент кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 889006644; e-mail: kholikovanigina4@gmail.com

Ахмедов Фарход Сухробович – ассистент кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 934548054; e-mail: farkhod.akhmedov92@gmail.com

Зоидбоева Нурунисо Зухуруллоевна – доцент кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.; тел.: (+992) 927667915; e-mail: zoidboeva90@mail.ru

Сангова Фарзона Раджабалиевна – ассистент кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 937369090; e-mail: fazhik-95@mail.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 таблиц 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 обзора/ов не больше 40.

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 ИПОвСЗ РТ. Тел.: 2-36-17-14; 2-36-74-97.