

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

Основан в 2012 году

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан №208-МЧ/097 от 27.01.2021 г.

Номер государственной регистрации в Национальном патентно-информационном центре Республики Таджикистан №1761200239 от 25 октября 2012 года

Адрес редакции:

734064, г. Душанбе, ул. Маяковского 2, Отделение медицинских и фармацевтических наук НАНТ
E-mail: amnmztj@gmail.com

Web страница: www.medacad.tj

Главный специалист медицинского издательского отдела, к.м.н.

Шумилина О.В.
тел.: +(992) 900002345
e-mail: oshumilina2008@yandex.ru

Переводчики:

Боницкая В.И.
Каримов П.

Ответственность за достоверность информации, содержащейся в рекламных материалах, несут рекламодатели

С 3 июня 2016 г. журнал включен в Перечень рецензируемых журналов ВАК Министерства образования и науки РФ, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук

Сдано в набор 01.07.2021 г.
Подписано в печать 19.07.2021 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 7,5 (1+1) + 1 у.п.л. (4+4)
Уч. изд. л. 9,85
Заказ № 3/07

Отпечатано в ООО «Азия-Принт»
ISSN 2221-7355
ДУШАНБЕ

АКАДЕМИЯИ МИЛЛИИ ИЛМҲОИ
ТОҶИКИСТОН

НАЦИОНАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ТАДЖИКИСТАНА

**МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК
НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ НАУК
ТАДЖИКИСТАНА**

**ПАЁМИ ТИББИИ
АКАДЕМИЯИ МИЛЛИИ ИЛМҲОИ
ТОҶИКИСТОН**

ТОМ XI №2 (38)

АПРЕЛЬ-ИЮНЬ 2021

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

ГАИБОВ А.Д. (главный редактор) – член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор; **АХМАДЗОДА С.М.** – член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор (зам. главного редактора); **МИРОДЖОВ Г.К.** – академик НАНТ, д.м.н., профессор (зам. главного редактора); **МУРАДОВ А.М.** – академик РАМТН, д.м.н., профессор (зам. главного редактора); **АВЕЗОВ С.А.** – д.м.н.; **АХМЕДОВ А.** – член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор; **ДОДХОЕВА М.Ф.** – академик НАНТ, д.м.н., профессор; **ЗИКРИЁХОДЖАЕВ Д.З.** – д.м.н., профессор; **ЗОИРОВ П.Т.** – член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор; **ИБОДОВ Х.** – д.м.н., профессор; **КАЛМЫКОВ Е.Л.** – к.м.н.; **КУРБАНОВ У.А.** – член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор; **ОЛИМЗОДА Н.Х.** – д.м.н.; **РУСТАМОВА М.С.** – д.м.н., профессор; **САНГИНОВ Д.Р.** – д.м.н.; **ФАЙЗУЛЛОЕВ Н.Ф.** – академик НАНТ, д.м.н., профессор; **ШУКУРОВА С.М.** член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

АЗИЗОВ А. (Душанбе), **АШУРОВ Г.Г.** (Душанбе), **БЕЛОВ Ю.В.** (Москва), **БЕРДИЕВ Р.Н.** (Душанбе), **ВИШНЕВСКИЙ В.А.** (Москва), **ГАВРИЛЕНКО А.В.** (Москва), **ГАИБОВ А.Г.** (Душанбе), **ГАФФАРОВА М.А.** (Москва), **ГУЛОВ М.К.** (Душанбе), **ДАВЫДОВ М.И.** (Москва), **ИВАШКИН В.Т.** (Москва), **ИСАЕВА М.С.** (Душанбе), **ИСМАИЛОВ А.А.** (Душанбе), **ИСМАИЛОВ К.И.** (Душанбе), **ИКРОМОВ Т.Ш.** (Душанбе), **КАМИЛОВА М.Я.** (Душанбе), **КАСЫМОВ О.И.** (Душанбе), **КУРБАНОВА М.Х.** (Душанбе), **КУРБАНОВ С.Х.** (Душанбе), **МИРШОХИ МАСУД** (Франция), **НАЖМИДИНОВА М.** (Душанбе), **НЕЪМАТЗОДА О.** (Душанбе), **РАХМАНОВ Э.Р.** (Душанбе), **СУЛТАНОВ М.Ш.** (Душанбе), **ТАБАРОВ М.С.** (Душанбе), **ТЕР-МАРКОСЯН А.С.** (Армения); **ТИХИЛОВ Р.М.** (Москва), **ХАЛИМОВА Ф.Т.** (Душанбе), **ХОЛМАТОВ Д.И.** (Душанбе), **ХУДАВЕРДЯН Д.Н.** (Армения), **HUBERT E. BLUM** (Freiburg, Germany), **ШАМСИЕВ Д.А.** (Душанбе), **ШАКИРОВ М.Н.** (Москва), **ШЕПТУЛИН А.А.** (Москва), **ШУКУРОВ Ф.А.** (Душанбе), **ЮСУФИ С.Дж.** (Душанбе)

© Президиум Национальной академии наук Таджикистана

**SCIENTIFIC-PRACTICAL
JOURNAL**
Founded in 2012

Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan is registered in the Ministry of culture of the Republic of Tajikistan №208-MJ/097 from 27 January, 2021

Editorial office:

734064, Dushanbe, Mayakovskogo
2 str. Department of Medical and
Pharmaceutical Sciences of the
National Academy of Sciences of
Tajikistan
E-mail: amnmztj@gmail.com

Website: www.medacad.tj

**Chief specialist of medical
publishing department,
Candidate of Medical Sciences**
Shumilina O.V.

tel.: +(992) 900002345
e-mail: oshumilina2008@yandex.ru

State registration number in the
National patent and information
center of the Republic of Tajikistan
№1761200239 from 25 October, 2012

The bulletin is included in the list of
peer-reviewed scientific publications,
which should publish the main
scientific results of dissertations for
obtaining the scientific degree of
candidate of sciences, for obtaining the
scientific degree of doctor of sciences

The decision of the Presidium of the
Higher Attestation Commission of the
Ministry of Education and Science
of Russian Federation from June 03,
2016

PR «Asia-Print»

ISSN 2221-7355
DUSHANBE

THE NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES
OF TAJIKISTAN

**MEDICAL BULLETIN
OF THE NATIONAL ACADEMY
OF SCIENCES
OF TAJIKISTAN**

VOL XI No2 (38)

APRIL-JUNE 2021

EDITORIAL TEAM

Gaibov A.D. (Chief Editor) Corresponding Member of National Academy of Sciences of Tajikistan; AHMADZODA S.M. – corresponding member of the NAST, Doctor of Medical Sciences, Professor (Deputy of the Editor in Chief); MIROZHOV G.K. – Academician of NAST, Doctor of Medical Sciences, Professor (Deputy of the Editor in Chief); MURADOV A.M. – academician of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences, doctor of medical science, professor (Deputy of the Editor in Chief); AVEZOV S.A. – Doctor of Medical Sciences; AKHMEDOV A. – Corresponding Member of the NAST, Doctor of Medical Sciences Professor; DODHOEVA M.F. – Academician of the NAST, Doctor of Medical Sciences, Professor; ZIKRIYOKHOJAEV D.Z. – Doctor of Medical Sciences, Professor; ZOIROV P.T. – Corresponding member of the of the NAST, Doctor of Medical Sciences, Professor; IBODOV H. – Doctor of Medical Sciences, Professor; KALMYKOV E.L. – candidate of medical science; KURBANOV U.A. – Corresponding Member of the NAST, Doctor of Medical Sciences, Professor; OLYMZODA N.H. – Doctor of Medical Sciences; RUSTAMOVA M.S. – Doctor of Medical Sciences, Professor; SANGINOV D.R. – Doctor of Medical Sciences; FAYZULLOEV N.F. – Academician of the NAST, Doctor of Medical Sciences, Professor; SHUKUROVA S.M. – Corresponding Member of the NAST, Doctor of Medical Sciences, Professor

EDITORIAL COUNCIL

AZIZOV A. (Dushanbe), ASHUROV G.G. (Dushanbe), BELOV Y.V. (Moscow), BERDIEV R.N. (Dushanbe), VISHNEVSKY V.A. (Moscow), GAVRILENKO A.V. (Moscow), GAIBOV A.G. (Dushanbe), GAFFAROVA M.A. (Moscow), GULOV M.K. (Dushanbe), DAVIDOV M.I. (Moscow), IVASHKIN V.T. (Moscow), ISAEVA M.S. (Dushanbe), ISMAILOV A.A. (Dushanbe), ISMAILOV K.I. (Dushanbe), IKROMOV T.Sh. (Dushanbe), KAMILOVA M.Y. (Dushanbe), KASYMOV O.I. (Dushanbe), KURBANOVA M.H. (Dushanbe), KURBANOV S.KH. (Dushanbe), MIRALIEV S.S. (Dushanbe), MIRSHOHI MASUD (France), NAJMIDINOVA M. (Dushanbe), NEMATZODA O. (Dushanbe), RAKHMANOV E.R. (Dushanbe), SULTANOV M.Sh. (Dushanbe), TABAROV M.S. (Dushanbe), TER-MARKOSYAN A.S. (Armenia); TIKHILOV R.M. (Moscow), KHALIMOVA F.T. (Dushanbe), HOLMATOV D.I. (Dushanbe), HUDAVERDYAN D.N. (Armenia); HUBERT E. BLUM (Freiburg, Germany), SHAMSIEV D.A. (Dushanbe), SHAKIROV M.N. (Moscow), SHEPTULIN A.A. (Moscow), SHUKUROV F.A. (Dushanbe), YUSUFIS.Dzh. (Dushanbe)

© The Presidium of of the National Academy of Sciences
of Tajikistan

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

К 30-ЛЕТИЮ НЕЗАВИСИМОСТИ ТАДЖИКИСТАНА

TO THE 30TH ANNIVERSARY OF THE STATE INDEPENDENCE OF TAJIKISTAN

Гаибов А.Дж., Немаматзода О., Каримов Ш.К.

Новые технологии в развитии медицинской науки Таджикистана

5

Gaibov A.Dzh., Nematzoda O., Karimov Sh.K.

New technologies in the development of medical science in Tajikistan

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL RESEARCH

Ахмадзода М.А., Косимов М.М., Якубова З.Х., Вохидов А.В.

Оценка мнения родителей о стоматологических проблемах их детей

11

Akhmadzoda M.A., Kosimov M.M., Yakubova Z.Kh., Vokhidov A.V.

Assessment of parents' opinion about the dental problems of their children

Ахмедова З.Б., Курбонов Ш.М.

Новые подходы в комплексной диагностике острой кишечной непроходимости после акушерскогинекологических операций

17

Akhmedova Z.B., Kurbonov Sh.M.

New approaches in complex diagnosis of acute intestinal obstruction after obstetric-gynaecological operations

Ганиева М.Т., Фирузаи И., Исокова М.Дж., Исрофилов М.О.

Особенности клиники, диагностики и лечения воспалительных демиелинизирующих полиневропатий у детей

26

Ganieva M.T., Firuzai I., Isokova M.Dzh., Isrofilov M.O.

Features of the clinic, diagnostics and treatment of inflammatory demyelinating polyneuropathies in children

Исаева М.С., Абдухамидова З.А., Абдуллаев С.М., Мирзоева М.Т.

К вопросу клинической и патоморфологической диагностики розацеа в условиях жаркого климата

31

Isaeva M.S., Abdukhmidova Z.A., Abdullaev S.M., Mirzoeva M.T.

On the issue of clinical and patomorphological diagnosis of rosacea in hot climates

Исмоилов К.И., Музаффаров Ш.С.

Состояние электролитного баланса у новорожденных детей при внутриутробной инфекции

36

Muzaffarov Sh.S., Ismoilov K.I.

The condition of electrolytic balance in newborn with intrauterine infection

Каримов С.М., Ашуров Г.Г., Нуоров Д.И.

Влияние анатомических параметров преддверия полости рта на состояние пародонтальных структур у соматических больных с сочетанной патологией пародонта и зубочелюстных аномалий

43

Karimov S.M., Ashurov G.G., Nurov D.I.

Influence of anatomical parameters threshold of oral cavity on condition of parodontal structure beside somatic patients with combined parodontal pathology and teeth-maxillary anomaly

Курбонов Ш.М.

Анализ показателей системы гемостаза у пациенток с внутрибрюшной гипертензией на фоне послеоперационных внутрибрюшных осложнений

49

Kurbonov Sh.M.

Analysis of indicators of the hemostasis system in patients with intra-abdominal hypertension on the background of postoperative intra-abdominal complications

Хайталиева Н.Р., Хусейнзода З.Х., Умарова М.Н., Мадаминова З.А., Нозимов Р.Д.

Энтеральная недостаточность на фоне лейкопении у детей с неходжкинскими лимфомами после химиотерапии

56

Khaytalieva N.R., Khuseynzoda Z.Kh., Umarova M.N., Madaminova Z.A., Nozimov R.D.

Enteral insufficiency on the background of leukopenia in children with nonhodgkin's lymphomas after chemotherapy

Халикова М.Д., Боймуродов Б.Н., Вохидов А.В.

Причинно-следственные факторы детской инвалидности в Республике Таджикистан

65

Khalikova M.D., Boymurodov B.N., Vokhidov A.V.

Cause and effective factors of children's disabled in the Republic of Tajikistan

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Ишан-Ходжаева Ф.Р., Камилова М.Я., Юнусова М.М.

Влияние COVID-19 на частоту преждевременных родов

72

REVIEW

Ishan-Khodzhaeva F.R., Kamilova M.Ya., Yunusova M.M.

Impact of COVID-19 on premature rate

ЮБИЛЕИ

Шукуров Фируз Абдуфаттоевич (к 75-летию юбилею)

78

ANNIVERSARIE

On the 75th anniversary of Shukurov Firuz Abdufattoevich

К 30-ЛЕТИЮ НЕЗАВИСИМОСТИ ТАДЖИКИСТАНА

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ ТАДЖИКИСТАНА

ГАИБОВ А.Д., НЕЪМАТЗОДА О., КАРИМОВ Ш.К.

Отделение медицинских и фармацевтических наук Национальной академии наук Таджикистана

В статье приводятся результаты внедрения инновационных технологий в практическую медицину Таджикистана и их роль в развитии науки. Подробно излагаются научные достижения таджикских ученых в области сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и реконструктивно-пластической хирургии, трансплантологии, гастроэнтерологии, акушерства-гинекологии, стоматологии, ортопедии и других отраслей медицинской науки.

Ключевые слова: медицина, инновационные технологии, новые методы лечения, здравоохранение

Начало XXI века ознаменовалось бурным развитием цифровых технологий и внедрением их в различные отрасли производства, в том числе и медицинской практики, что коренным образом изменило жизнь людей и практическую деятельность врачей [14]. Следует отметить, что, по сравнению с другими отраслями, новые инновационные технологии были созданы и шире внедрены в области медицины, как одного из самых приоритетных направлений. Придавая важное значение состоянию здоровья населения, Лидер таджикской нации, уважаемый Эмомали Рахмон сказал: «Здоровая нация – здоровое общество» - «Миллати солим – Ҷомеаи солим». Это подтверждает высокую заботу и важную позицию главы нашего государства по вопросам здоровья населения и нации, которые, по его мнению, являются одними из главных ценностей и важнейшим фактором социально-экономического развития государства в целом.

В контексте созидательной политики Лидера нации и Правительства Республики Таджикистан с целью внедрения новых технологий в медицинскую науку и оздоровления общества были приняты «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы» (Постановление Правительства РТ от 2 августа 2010 года, № 368) и «Программа инновационного развития Республики Таджикистан на 2011-2020 годы» (Постановление Правительства РТ от 30 апреля 2011 года, №227), успешная реализация которых, позволила значительно улучшить результаты ранней диагностики, лечения и профилактики социально значимых краевых патологий, способствовала заметному снижению инвалидности и смертности населения, проводить лечение пациентов с использованием новых технологий в условиях областных и городских лечебных учреждений [13].

В рамках «Программы инновационного развития Республики Таджикистан на 2011-2020 годы» в научных учреждениях Отделения медицинских и фармацевтических наук Национальной академии наук Таджикистана (НАНТ) выполнены 11 научно-исследовательских проектов по важнейшим направлениям медицинской науки: сердечно-сосудистой хирургии, трансплантологии, травматологии и ортопедии, онкологии, кардиологии, стоматологии, родовспоможении и лечения собственными стволовыми клетками пациента [13]. В рамках данной программы был создан Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека, модернизированы все научно-исследовательские медицинские учреждения. За период выполнения вышеуказанных программ были подготовлены 16 докторов и 35 кандидатов наук, изданы 17 монографий, опубликованы 85 оригинальных статей, получены 14 патентов на изобретения [13].

Одним из приоритетных направлений деятельности здравоохранения любой страны является сокращение бремени сердечно-сосудистых заболеваний, которые до настоящего времени занимают лидирующую позицию в заболеваемости, инвалидности и смертности населения большинства стран, в том числе и в Республике Таджикистан [16]. Высокие потери человеческих ресурсов от сердечно-сосудистых заболеваний способствовали тому, что эта патология стала не только медицинской, но и одной из социальных и экономических проблем государственного уровня. В этой связи самым первым шагом молодого государства была приобретение первого в Республике Таджикистан ангиографического комплекса «Infinix» (Тошиба, Япония) в 2000 году сразу же после окончания гражданской войны и

восстановления государственности [20]. В те самые тяжелые годы Лидер нации посетил Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии и дал конкретные указания по модернизации центра новыми технологиями. Тем самым были созданы благоприятные условия для проведения научно-исследовательских работ, развития науки в области сердечно-сосудистой хирургии.

С 2000 года появилась возможность широкомасштабного выполнения операций при ишемической болезни сердца, врожденных и приобретенных пороках сердца в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии, которые раньше для граждан Таджикистана выполнялись только за пределами республики. Согласно данным академика Н.У. Усманова, этот период ознаменовался возрождением сердечно-сосудистой хирургии в Таджикистане, позволившем существенно сократить число выездов за границу пациентов на лечение, приблизить уровень специализированной кардио- и ангиохирургической помощи к мировым стандартам [20].

Выполнение научных работ в рамках двух национальных программ “Профилактика, диагностика и лечение ишемической болезни сердца в период 2007-2015 годы”, “Профилактика, диагностика и лечение врожденных и ревматических пороков сердца в период 2011-2015 годы” также послужило платформой для развития отрасли, внедрения новейших технологий и передового опыта зарубежных клиник в отечественное практическое здравоохранение. Так, в рамках указанных программ отечественными специалистами были налажены ангиопластика и стентирование коронарных артерий при ИБС и остром коронарном синдроме, внутриартериальное введение стволовых клеток при неоперабельных поражениях коронарных сосудов и артерий нижних конечностей, эндоваскулярное лечение врожденных септальных пороков сердца, баллонная дилатация легочной артерии при врожденном стенозе и др.

По результатам научных разработок ученых Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии, были внедрены такие минимально инвазивные операции, как одномоментная ангиопластика и стентирование нескольких периферических сосудов, эмболизация периферических сосудов при врожденных мальформациях, радиочастотная абляция нарушений сердечного ритма, аспирационная тромбэктомия из интракраниальных сосудов с последующим стентированием сонных артерий, стентирование коарктации аорты у взрослых пациентов и др. Все это позволило не только снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, но и уменьшить число инвазивных и, порою, калечащих традиционных операций [3, 4].

В последние 7 лет широко стали применяться операции на сосудах с применением гибридных технологий, представляющих своеобразное объединение традиционного открытого вмешательства с внутрисосудистыми манипуляциями (ангиопластика, стентирование) при многоэтажных и диффузных поражениях сосудов нижних конечностей [4]. Внедрение методики эндоваскулярной эмболизации при врожденных сосудистых мальформациях полностью решило вопросы лечения данного контингента пациентов, сведя до нуля выезд на лечение за пределы Республики. По результатам последних были защищены кандидатские диссертации и опубликованы 10 оригинальных научных статей.

Также сотрудниками этого центра впервые в нашей республике были внедрены новые мини-инвазивные хирургические технологии для лечения эхинококкоза печени, опухолей надпочечников и феномена Рейно, позволившие значительно сократить сроки госпитализации пациентов и улучшить результаты лечения этой категории больных [6, 8].

Одной из молодых и быстро развивающихся отраслей медицины в Таджикистане является реконструктивно-пластическая микрохирургия. За годы независимости республики специалистами данного профиля были освоены многочисленные операции, направленные на восстановление функции верхней конечности при повреждениях сосудисто-нервных пучков, полных и неполных ампутациях, восстановление оторванных частей тела (ушной раковины, носа, полового члена, пальцев и др.), пластические операции при патологии молочных желез и ожирении, корригирующие операции носа и лица, органосохраняющие операции при трубной беременности, а также ряд других восстановительных и эстетических операций [9, 10]. Перечисленные пластические и эстетические операции таджикскими хирургами выполняются на уровне специалистов ведущих центров России и Европейских клиник и являются свидетельством высокого профессионализма отечественных ученых.

Одним из значимых достижений отечественной медицинской науки и практического здравоохранения республики является создание Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека, где с момента организации до начала текущего года

были выполнены сотни операций по пересадке почек, печени и костного мозга. Благодаря подготовке высококвалифицированных специалистов и высоким показателям успешных операций, соответствующих международным стандартам, за короткий период на лечение обратились 147 (18,1%) пациентов из стран ближнего и дальнего зарубежья: Азербайджан (n=29), Киргизия (n=45), Израиль (n=38), Туркменистан (n=3), Узбекистан (n=12), Ливия (n=2), Россия (n=4), ОАЭ (n=1), Грузия (n=1), Украина (n=3), США (n=2) и Европейских стран (n=7) [13]. Также на базе центра организована кафедра трансплантологии и высоких технологий Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино, где наряду с преподаванием успешно проводятся научные исследования по нерешенным вопросам трансплантации почек и печени, направленные на улучшение качества оказания помощи.

Учеными центра трансплантологии впервые было доказано влияние общего и свободного триiodтиронина и тироксина на результаты пересадки почек и их прогностическая роль в отторжения органа [22]. Результаты данного исследования сегодня применяются в ведущих клиниках, занимающихся вопросами трансплантации органов, в качестве наиболее важного прогностического фактора. В период своей деятельности специалисты центра усовершенствовали ряд этапов выполнения операций по трансплантации почек, что значительно улучшило исход оперативных вмешательств [21].

Согласно данным отечественных исследователей, одной из частых причин заболеваемости, инвалидности и нетрудоспособности населения являются различные воспалительно-дегенеративные заболевания крупных суставов конечностей, в том числе тазобедренных и коленных, распространенность которых составляет 23,3% среди городского населения и 27,3% - жителей сельской местности, в основном (68,8%), они представлены остеоартрозом (ОА) суставов [1]. Несомненно, внедрение передовых инновационных технологий в диагностике и лечении ОА значительно улучшило качество жизни пациентов и способствовало снижению их инвалидности. Однако, как отмечают С.М. Шукурова и соавт. (2015), у каждого десятого пациента отмечаются тяжелые формы поражения суставов, требующие оперативного лечения – эндопротезирования тазобедренного или коленного суставов [23]. В связи с этим одним из приоритетных направлений ортопедии в Таджикистане являются исследования, направленные на улучшение результатов эндопротезирования крупных суставов, эффективность которых, по данным А.А. Раззокова и соавт. (2019), составляет от 72,4% до 92,8% в отдаленном периоде [15]. Это также подтверждается исследованиями Н.Ф. Салимова (2015), который отмечает, что благодаря увеличению финансирования и реализации предложенных комплексных организационных и клинических мер, направленных на внедрение новых механизмов финансирования, улучшение доступности населения к специализированной медицинской помощи, а также на оптимизацию модели функционирования травматолого-ортопедической службы и тактики лечения больных, в 2,8 раза увеличен удельный вес применения современных технологий и новых методов лечения [17]. В настоящее время эндопротезирование выполняется в 7 медицинских учреждениях республики [18]. Итогом накопленного большого опыта стала защита докторской и кандидатской диссертаций.

Стоматология и стоматологическая наука в Таджикистане, как и в других странах, имеет прогрессивный рост развития благодаря разработкам и внедрению новейших технологий в этой области. Необходимость модернизации стоматологической службы обусловлена, прежде всего, большой потребностью в данном виде медицинских услуг. В этой связи Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 699 от 30 декабря 2010 года был организован Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, где, кроме оказания практической стоматологической помощи, начали широко выполняться научные исследования по улучшению результатов лечения детей с пороками и дефектами развития челюстно-лицевой области. Предложенная профессором У.Т. Таировым, являющимся первым директором института, методика уменьшения нижней челюсти приобрела большую популярность и широко используется зарубежными и отечественными специалистами в клинической практике [19]. Также в рамках научных исследований учеными-стоматологами нашей республики проведено экспериментальное исследование потенцирующего действия микро/мезо пористых материалов на основе оксидов алюминия и оксидов железа по отношению к пенициллину на модели инфицированной раны. Исследования показали, что порошки алюминия и железа обладают антибактериальным и обезболивающим действием и ускоряют заживление ран. В то же время растворы на основе оксида алюминия и оксида железа обладают свойством абсорбировать агрессивный экссудат и ускорять процесс заживления раны [13].

Следует отметить, что с годами служба стоматологии интенсивно развивается, учеными проводятся научные исследования в области имплантологии и нанотехнологий, а также внедрения передовых ортопедических методов лечения [2, 11]. В республике функционируют 2 диссертационных совета при ВАК РФ и ВАК при Президенте Республики Таджикистан на соискание ученой степени кандидата наук, где в последние годы защищены 8 диссертаций по самым насущным вопросам стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Одним из важнейших событий в истории отечественной стоматологии является внедрение методов восстановления отсутствующих зубов путем открытой хирургии, комбинированное использование биокомпозитов и синтетических заменителей костей, применение тромбоцитов, обогащенных плазмой крови, для замещения костного мозга, применение титановых трансплантатов при восстановлении дефектов челюстей, на разработку которых получены 6 патентов на изобретения и более 70 рационализаторских предложений [13, 19].

Высокотехнологичное современное оборудование и доступность медицинских услуг в сфере акушерства и гинекологии являются показательными факторами существующей ситуации в здравоохранении различных стран мира, в том числе и Республики Таджикистан, от которых напрямую зависят демографические показатели. Успехи, достигнутые при изучении физиологии и патофизиологии беременности, позволили отечественным исследователям впервые в истории независимого Таджикистана значительно уменьшить число материнской смертности от осложнений преэклампсии в 3 раза, от кровотечений - в 2,3 раза. Данные показатели были получены именно на основе выполнения множества научных работ и реализации полученных результатов в практическом здравоохранении в 20 учреждениях 2-го и 3-го уровней, с применением новых методов профилактики, диагностики и лечения экстрагенитальных заболеваний [5].

В рамках Программы инновационного развития Республики Таджикистан на 2011-2020 годы в Таджикском НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии была выполнена НИР «Комплексный подход к ранней диагностике и профилактике плацентарной недостаточности у беременных женщин», где был доказан дисбаланс между ангиогенными (bTGF) и антиангиогенными (TGF- β 1) факторами роста, а также тенденция к снижению bTGF (5,98%) и повышению TGF- β 19 (12,24%), в результате чего отмечаются функциональные нарушения в эндотелиоцитах и макрофагах, лежащие в основе патогенеза развития хронической плацентарной недостаточности [7].

С внедрением новых технологий появилась возможность ранней диагностики плацентарной недостаточности у женщин с сахарным диабетом, у которых отмечается повышение уровня эндотелина-1 и Д-димера, подтверждающих нарушения плацентогенеза на ранних этапах гестации, и научно обоснована эффективность применения донаторов оксида азота (тивортин, L-аргинин) в сочетании с антиоксидантом (витамин E) при лечении плацентарной недостаточности.

На основании внедрения новых технологий в институте были составлены Национальные стандарты: «Клинические рекомендации по ведению гипертензивных нарушений в акушерстве», «Ведение физиологических родов», «Аntenатальный уход и помощь при физиологической беременности», «Кровотечение во время беременности, родов и послеродовом периоде». Также совместно с учеными Городского научного центра реанимации и детоксикации были предложены новые методы лечения критических состояний в акушерстве, позволившие значительно снизить частоту материнской смертности [12]. В период 2017-2020 годы по итогам научных проектов защищены 17 кандидатских диссертаций, проведены 6 съездов акушеров и гинекологов Республики Таджикистан.

Наряду с сердечно-сосудистыми и другой соматической патологией онкологические заболевания прочно занимают передовую позицию в структуре инвалидности и смертности населения. В этом направлении правительством страны была принята «Национальная программа профилактики, диагностики и лечения рака в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы» (Постановление Правительства Республики Таджикистан от 31 октября 2009 г.), в процессе реализации которой не только внедрена новая технология для диагностики и лечения онкологических заболеваний, но и скоординирована система онкологических услуг, включающая передовые онкологические учреждения, персонал, технологии и другие ресурсы.

В соответствии с этим успешно реализована НИР «Возможности раннего выявления и лечения онкологических заболеваний в Таджикистане» (2009-2013 гг.), которая позволила

внедрить в практику идентификацию маркеров рака - Sa-125, AFP, HCG, REA, PAP-тест, трепан-биопсию, хирургию лимфодиссекции Lewis + D2 при раке, эритеме, органосохраняющую хирургию при раке молочной железы, гемигепатэктомии, панкреатодуоденальную резекцию, аутогемохимиотерапию рака желудка, химиотерапию при эндолимфатическом раке органов пищеварения и химиотерапию при эндометриозе [13].

Учеными проведено крупное исследование по тактике хирургического лечения рака полости рта, которое способствовало улучшению качества жизни у пациентов с этой патологией. В рамках данного проекта разработанный метод восстановления дефектов полости рта и языка через подъязычную область, профилактика нарушений пищеварения при химиотерапии у детей и способ укрепления пищеводного анастомоза после гастрэктомии показали высокую эффективность и экономическую выгоду.

Также необходимо отметить, что учеными-онкологами страны впервые в рамках НИР «Оптимизация методов диагностики и лечения рака шейки матки» проведен популяционный скрининг рака шейки матки, внедрены современные методы диагностики и операции.

В целях повышения уровня и качества обслуживания больных раком молочной железы в практику внедрены все радикальные методы лечения рака груди с последующей пластикой органа, позволившие существенно улучшить качества жизни пациенток, результаты которых защищены в виде докторской диссертации [13].

В последние годы онкологи республики составили программу «Регистр онкологических больных», разработан и внедрен клинический протокол «Лечение боли и респираторных расстройств у паллиативных пациентов». Изобретенные 10 новых методов операций и внедренные 18 рационализаторских предложений за последние 10 лет показали свою высокую эффективность и экономическую приемлемость, способствовали не только улучшению результатов лечения пациентов, но и сокращению сроков госпитализации пациентов и материальных затрат на лечение, финансируемых из государственного бюджета. Научные разработки отечественных онкологов в рамках 7 докторских и 13 кандидатских диссертаций способствовали улучшению ранней диагностики различной онкопатологии, увеличению продолжительности жизни пациентов, улучшению качества их жизни и возможности вернуться к привычной жизни [13].

Учитывая необходимость решения проблемы распространения заболеваний пищеварительной системы и печени, в начале 60-х годов прошлого столетия под руководством академика Х.Х. Мансурова был создан Институт гастроэнтерологии, который явился первым отраслевым научно-практическим институтом по изучению болезней органов пищеварения в бывшем Советском Союзе.

Институт внёс значительный вклад и признан передовым в области изучения проблем гепатологии и гастроэнтерологии, включая внедрение биопсии печени с биохимическими и морфологическими исследованиями при диффузных заболеваниях печени вирусного и алкогольного генеза, циррозе печени, печеночной недостаточности, портальной гипертензии, рефрактерного асцита, наследственных и врожденных заболеваниях (Вильсона-Коновалова, Алажила, Байлера, гемахроматоз и др.), желчнокаменной болезни, заболеваниях тонкого и толстого кишечника [13].

Также с применением новейших технологий были достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении хронических вирусных гепатитов, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, неалкогольной жировой болезни печени и заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта, ассоциированных с *H. pylori*.

Ученые страны впервые в Средней Азии провели диагностику заболеваний тонкой кишки методом капсульной эндоскопии, был внедрен метод ранней диагностики фиброза печени неинвазивным методом эластометрии. Изучены и разработаны новые гепатопротекторные, гастропротекторные и гиполипидемические препараты из отечественных лекарственных растений: мукофер, камолид, седармон, гепатоман, гастрофит и др. [13].

Таким образом, внедрение современных технологий в практическое здравоохранение позволило значительно улучшить результаты диагностики и лечения большинства патологий и дарить людям полноценную качественную жизнь. В заключении целесообразно еще раз сделать акцент на инновациях, как одной из альтернатив существующим традиционным методам лечения, важности постепенной модернизации отрасли здравоохранения новыми технологиями и выполнения научно-практических работ с целью эффективного восстановления и сохранения здоровья граждан республики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахунова М.Ф., Шукурова С.М., Шодиев Б.Р. Клинико-эпидемиологическая характеристика суставного синдрома у взрослого населения Республики Таджикистан // Вестник Авиценны. - 2014. - № 4. - С. 90-95.
2. Ашуров Г.Г., Сабуров С.К. Результаты использования различных видов ортопедических конструкций у больных с сопутствующей соматической патологией по регионам Республики Таджикистан // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2016. - № 3. - С. 83-89.
3. Гаибов А.Д., Сафарова А.Н., Баратов А.К. и др. Комбинированные методы хирургической коррекции врождённых артериовенозных свищей периферических сосудов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2013. - Т. 172, № 1. - С. 075-080.
4. Гаибов А.Д., Султанов Д.Д., Калмыков Е.Л. и др. Первый опыт "гибридных" операций при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей в Республике Таджикистан // Здравоохранение Таджикистана. - 2017. - № 3. - С. 27-35.
5. Давлятова Г.К., Камилова М.Я., Ахмедов А.А. и др. Эффективность внедрения новых технологий для оценки качества услуг в снижении материнской смертности // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2018. - Т. 8, № 1. - С. 23-29.
6. Калмыков Е.Л., Гулов М.К., Капустин Б.Б. и др. К вопросу о мини-инвазивной хирургии эхинококкоза печени // Новости хирургии. - 2019. - Т. 27, № 5. - С. 563-573.
7. Камилова М.Я., Рахматуллоева Д.М., Ишан-Ходжаева Ф.Р. Медицинские и социальные факторы развития плацентарной недостаточности у беременных женщин в современных условиях Таджикистана // Журнал акушерства и женских болезней. - 2015. - Т. 64, № 6. - С. 26-30.
8. Конунова Д.М., Садриев О.Н. Сравнительная оценка открытой и торакоскопической селективной шейно-грудной симпатэктомии при болезни Рейно // Наука молодых (Eruditio Juvenium). - 2014. - № 2. - С. 60-68.
9. Курбанов У.А., Давлатов А.А., Джанобилова С.М. и др. Промежуточные результаты реплантации полового члена // Вестник Авиценны. - 2015. - № 4. - С. 7-12.
10. Маликов М.Х., Курбанов У.А., Джанобилова С.М. и др. Пересадка мышечных трансплантатов при тяжёлых последствиях травм верхней конечности // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 2013. - № 1. - С. 65-71.
11. Муллоджанов Г.Э., Султанов М.Ш., Ашуров Г.Г. Эффективность функционирования имплантационных протезов у соматических больных // Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук. - 2015. - № 3. - С. 75-81.
12. Мурадов А.М., Мурадов А.А., Амонова Ш.А. и др. Сравнительный анализ функций легких по регуляции реологии у больных с различной патологией при критических состояниях // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - № 4. - С. 42-51.
13. Отчет Академии медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за 2019 год. Душанбе, 2019. - 132 с.
14. Палий Е.В., Хабибулаева Н.А., Уколова Е.В. и др. Инновационные технологии в медицине // Вестник научных конференций. - 2020. - № 11-4. - С. 85-86.
15. Раззоков А.А., Эхсонов А.С. Эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедра и их последствиях при постменопаузальном остеопорозе у многорожавших женщин // Вестник Авиценны. - 2019. - Т. 21, № 4. - С. 632-637.
16. Рофиева Х.Ш., Мурадов А.М., Гаибов А.Г. и др. Результаты холтеровского мониторирования ЭКГ у женщин с острым инфарктом миокарда в перименопаузальном периоде // Здравоохранение Таджикистана. - 2018. - № 1. - С. 62-66.
17. Салимов Н.Ф. Влияние внедрения современных технологий и новых механизмов финансирования на показатели ресурсного обеспечения травматолого-ортопедической службы // Вестник Авиценны. - 2015. - № 1. - С. 128-135.
18. Сафаров Д.М. Результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров // Вестник Авиценны. - 2017. - Том 19, № 4. - С.524-527.
19. Таиров У.Т., Джумаев Ш.М. Реконструктивно-восстановительные операции при дефектах и деформациях нижней челюсти // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2016. - № 7. - С. 88-94.
20. Усманов Н.У., Усманов Дж.Н. Этапы развития сердечно-сосудистой хирургии в Республике Таджикистан // Вестник Авиценны. - 2012. - № 4. - С. 7-13.
21. Хубутия А.Ш., Кабанова С.А., Исмоилов С.С. и др. История отечественной трансплантологии, приоритеты и особенности развития // Трансплантология. - 2011. - № 1. - С. 55-65.
22. Хубутия М.Ш., Гулов М.К., Исмоилов С.С. и др. Прогностические факторы риска развития ранних дисфункций трансплантата после родственной пересадки почки // Здравоохранение Таджикистана. - 2016. - № 4. - С. 51-59.
23. Шукурова С.М., Хамроева З.Д., Почоджанова Ш.Ш. и др. Особенности клинического течения остеоартроза у лиц пожилого и старческого возраста // Вестник Авиценны. - 2015. - № 4. - С. 57-64.

Сведения об авторах:

Гаибов Алиджон Джураевич - член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор, и.о. председателя Отделения медицинских и фармацевтических наук НАНТ; тел.: (+992)918470017; e-mail: gaibov_a.d@mail.ru

Неъматзода Окилджон - ученый секретарь Отде-

ления медицинских и фармацевтических наук НАНТ, к.м.н.; тел.: (+992)915250055; e-mail: sadriev_o_n@mail.ru;

Каримов Шодмонхуджа Каршибекович - ведущий специалист Отделения медицинских и фармацевтических наук НАНТ; тел.: (+992)988708898; e-mail: shodmon_karim@mail.ru

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.31–053.2

ОЦЕНКА МНЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ О СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ ИХ ДЕТЕЙ

¹АХМАДЗОДА М.А., ¹КОСИМОВ М.М.,

¹ЯКУБОВА З.Х., ²ВОХИДОВ А.В.

¹ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»

²ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”»

Цель исследования. Изучить уровень знаний родителей и их детей по вопросам ухода за полостью рта.

Материал и методы. Работа основана на анкетировании 95 школьников в возрасте от 8 до 17 лет и их родителей, проживающих в г. Душанбе. Респонденты – дети были разделены на следующие группы: 1 - в возрасте 8-9 лет - 25 (26,3%); 2 - 13-14 лет - 30 (31,5%); 3 - 15-17 лет - 40 (42,1%). Общее число охваченных опросом мам – 75 (79,0%), пап - 20 (21,0%) человек.

Результаты. Матери и дети имеют недостаточно высокий уровень стоматологического просвещения по предотвращению кариеса зубов и других стоматологических заболеваний. 47,9% школьников не владеют правилами чистки зубов, как основы предупреждения стоматологических заболеваний, 38,3% не видят в этом необходимости, 13,8% считают целесообразным обучение навыкам чистки зубов. Поводом для посещения врача-стоматолога у 71,9% респондентов является лечения зубов, 28,1% указали на наличие у них признаков стоматофобии.

Заключение. Необходимо пересмотреть существующие методы организации и проведения профилактической работы, особенно среди детского контингента, более широко использовать для гигиены полости рта индивидуальные формы обучения, основанные на использовании аудио, видео и других визуальных материалов.

Ключевые слова: анкета, мать ребенок, стоматолог, профилактика

ASSESSMENT OF PARENTS 'OPINION ABOUT THE DENTAL PROBLEMS OF THEIR CHILDREN

¹AKHMADZODA M.A., ¹KOSIMOV M.M.,

¹YAKUBOVA Z.KH., ²VOKHIDOV A.V.

¹State Establishment "Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery"

²State Establishment Medical Complex "Istiklol"

Aim. To study the level of knowledge of parents and their children on oral care.

Material and Methods. The work is based on a survey of 95 schoolchildren aged 8 to 17 years and the same number of parents living in Dushanbe. Respondents - children were divided into the following groups – 1 - at the age of 8-9 years - 25 (26,3%); 2 - 13-14 years old - 30 (31,5%); 3 - 15-17 years old - 40 (42,1%). Total number of covered mothers – 75 (79,0%), fathers - 20 (21,0%) people.

Results. Mothers and children do not have a high level of dental education for the prevention of dental caries and other dental diseases. 47,9% of schoolchildren do not know the rules of brushing their teeth as the basis for preventing dental diseases, 38,3% do not see this as a necessity, 13,8% consider it appropriate to teach teeth cleaning skills. The reason for visiting a dentist for 71.9% of respondents is dental treatment, 28.1% indicated that they have signs of stomatophobia.

Conclusion. It is necessary to revise the existing methods of organizing and conducting preventive work, especially among the child contingent, widely use individual forms of teaching oral hygiene, based on the use of audio, video and other visual materials.

Key words: questionnaire, mother child, dentist, prevention

Актуальность

Охрана и укрепление здоровья детей и подростков относится к основным приоритетам любого государства [1, 3, 4]. Среди родителей бытует мнение о том, что нет

необходимости лечения кариеса молочных зубов по причине того, что данная группа зубов все равно выпадут [2, 5, 8].

Однако необходимо напоминать родителям о том, что молочные зубы своими

корнями защищают зачатки постоянных зубов, при условии развития кариеса может сформироваться пульпит, потом периодонтит. Нарушается процесс формирования правильного роста костной ткани, что влечет за собой неправильный рост постоянных зубов [1, 5, 7].

Одним из эффективных путей предотвращения тяжелых последствий стоматологических заболеваний является организация просветительской работы среди матерей и их детей. Основу стоматологического просвещения составляют вопросы, связанные с предупреждением развития основных стоматологических заболеваний, в то же время необходимо уделять особое внимание проблеме поддержки родителей и детей, направленной на сохранение здоровых зубов.

Доказанным фактом является то, что пищевой статус начинает оказывать влияние на процесс формирования зубов еще до прорезывания, однако, это проблема приобретает большую актуальность после уже после этого процесса. Преимущественный прием продуктов питания с высоким уровнем сахаров активизируют процесс формирования кариеса. Возникновение патологии зубов и их потеря существенно влияют на самооценку, процесс пережевывания пищи и, как следствие этого, на здоровье в периоде детства и более старшем возрасте [1, 4, 7, 8].

Влияние нездорового рациона и плохое качество питания остаются основными факторами развития кариеса. В большинстве случаев используемая пища оказывает существенное влияние на состояние ротовой полости, проявляясь развитием кариеса зубов и эрозии зубной эмали. В частности, одной из причин развития эрозии зубов является пищевая кислота [1, 2].

Однако наш опыт показывает то, что со стороны родителей гигиеническому уходу за полостью рта своих детей не всегда уделяется внимание на должном уровне. Необходимо помнить о том, что именно роль семьи и личный опыт родителей оказывают существенное, если не глобальное, влияние на ребенка, так как именно привычки родителей закладывают основу и служат моделью для поведения детей.

Цель исследования

Изучить уровень знаний родителей и их детей по вопросам ухода за полостью рта.

Материал и методы исследования

Работа основана на анкетировании 95 школьников в возрасте от 8 до 17 лет и столько же родителей, проживающих в г. Душанбе. Респонденты – дети были разделены на

следующие группы: 1 группа - возраст детей 8-9 лет - 25 (26,3%); 2 группа 13-14 лет - 30 (31,5%) детей; 3 группа - 40 (42,1%) подростков 15-17 лет. Общее число охваченных опросом мам составило 75, пап - 20 (21,0%) человек.

Методология проведения исследования основана на оценке уровня стоматологических навыков и умений родителей и их детей. Для этого были разработаны и использованы 2 версии специальных анкет: 1 анкета была ориентирована на детей, 2 - на их родителей. Разработанные анкеты позволили уточнить уровень стоматологического просвещения школьников и их родителей по проблемам ухода за полостью рта детей, установить роль родителей в процессе формирования стоматологического здоровья ребенка, дать оценку роли врача-стоматолога в процессе становления, укрепления и формирования стоматологического здоровья ребенка.

Полученные данные обработаны методами простой описательной статистики.

Результаты и их обсуждение

По результатам проведенного анкетирования, 75,6% респондентов считают одной из наиболее частых причин развития кариеса плохой уход, тогда как 24,4% остановились на том, что к основным причинам относятся чрезмерное употребление сладостей. Однако, никто из опрошенных не отметил того, что недостаток фтора в питьевой воде также может быть причиной развития кариеса.

По результатам опроса относительно информированности о причинно-следственных факторах развития патологии зубов 60,2% опрошенных указали на неполную информированность о причинах возникновения заболеваний зубов, тогда как 19,3% респондентов склонны к мнению о недостаточном владении информацией, хотя у них было желание знать больше. Всего 12,3% оказались достаточно информированы, о полной неинформированности по данной проблеме высказались 8,2% опрошенных матерей.

При выяснении мнения школьников о необходимости их обучении правилам чистки зубов, как основы предупреждения стоматологических заболеваний, около половины школьников (47,9%) ответили, что не знают, 38,3% не видят в этом необходимости, лишь 13,8% считают целесообразным обучение навыкам чистки зубов.

71,9% опрошенных посещение врача-стоматолога отметили по причине лечения зубов, 28,1% интервьюеров указали на наличие у них признаков стоматофобии.

Выясняя мнение родителей относительно возраста начала обучения ребенка навыкам

ухода за зубами (чистка), каждая 5-я мать (19,27%) высказала мнение о том, что зубы необходимо чистить с момента прорезывания зубов. Тогда как каждая 3-я из опрошенных (34,11%) указала на необходимость чистить детям зубы с 2-летнего возраста, каждая 4-я (26,22%) - с 3-летнего возраста, каждая 5-я (22,44%) - с 4-х лет и старше.

На вопрос, какие необходимы средства гигиены ребенку для чистки зубов? - 99,52% родителей утвердительно ответили, что необходима зубная щетка и паста. Из числа опрошенных почти половина (47,32%) дополнительно отметили, что для этих целей можно использовать следующие предметы гигиены полости рта: жевательную резинку, ополаскиватели, зубочистки, флоссы. Только незначительное число матерей - 2,32% - ответили, что их дети вообще не чистят зубы, большинство из них проживают в сельской местности, где социально-бытовые условия, особенно в зимний период, не позволяет соблюдать данные требования.

Оценивая кратность чистки зубов, было выяснено, что 52,24% детей чистят зубы два раза в день, 44,34% - один раз, 1,80% - по завершении приема пищи, 0,51% чистят зубы периодически. На вопрос о регулярности ухода за зубами выяснено, что 17,3% мальчиков нерегулярно выполняют данную процедуру, против 4,1% девочек ($p < 0,001$). Ни в одном случае среди девочек отказа от чистки зубов не выявлено, тогда как среди мальчиков таковых было 5,3%. По времени, на один процесс чистки зубов 3,5% детей тратят на эту процедуру до 1 минуты, 60,6% - до 2 мин, 35,9% детей на данную гигиеническую процедуру уделяют более 2 минут. Замену зубных щеток 1 раз в месяц проводят 7,1% респондентов, каждые 2-3 мес. - 79,9% и в полгода - 13,0%.

55,2% родителей придерживаются мнения о том, что необходимо использовать флоссы после приема пищи, в тех случаях, когда пища застревает между зубами, - 44,8%. Больше 2/3 (84,2%) матерей высказали мнение о том, что прием сладкого диктует необходимость ополаскивания рта, однако 15,8% не считают это обязательным. Отрицательное мнение о возможности приема детьми для чистки зубов зубочисток высказали 65,2% матерей, за - 35,8%.

За использования жевательных резинок детьми для чистки зубов сразу после приема пищи позитивно высказались 69,3% матерей, 30,7% отметили об их пользе, в первые 5-10 мин после еды эту процедуру одобрили 94,4% родителей, в течение 1 часа - 5,6%.

Отдавая приоритет формам жевательных резинок, 83,5% склонны к сахаросодержащим 16,5% - не содержащим сахар.

Необходимо отметить тот факт, что прием стоматолога основан на самообращении. На вопрос относительно кратности посещения стоматолога ребенком 22,3% матерей ответили, что с детьми посещают стоматолога 1 раз в полгода, 1,33% имеют мнение о том, что достаточно одного визита в течение двух лет, однако было установлено и то, что 3,13% детей не были на приеме у стоматолога никогда. Более половины респондентов (56,60%) высказались о том, что основным поводом обращения к специалисту стоматологу был болевой синдром в зубах.

Немаловажную роль в профилактике стоматологических заболеваний отводят своевременности обращения родителей с детьми к стоматологу. По результатам опроса установлено, что более половины (53,27%) родителей в процессе посещения стоматолога не получили необходимой информации в нужном объеме о путях и методах профилактики кариеса. Нужную информацию с демонстрацией навыков, необходимых для проведения профилактики кариеса, получили 46,73%.

Особая роль в профилактике кариеса зубов и других стоматологических заболеваний отводится кратности смены зубных щеток. В процессе опроса детей было выявлено, что более 2/3 (74,3%) из них производят замену зубной щетки 1 раз в 2-3 месяца, не чаще 1 раза в полгода - 25,7%. Разделение данной процедуры по половому признаку показало, что девочки чаще меняют зубную щетку, чем мальчики ($p < 0,05$).

Проведя опрос среди школьников относительно потребности в дополнительных средствах чистки зубов, было установлено, что на постоянной основе зубочисткой пользуются 15,7%, нерегулярно - 48,5%, не использовали никогда 27,3%, флюсами пользовались только 8,5% детей, преимущественно девочки ($p < 0,01$). Далее было установлено, что нерегулярно, но все же используют зубную нить 52,4%, считают нецелесообразным 47,6%, среди них преобладали мальчики ($p < 0,05$).

Эффективность личной гигиены напрямую зависит от возраста детей: чем меньше возраст ребенка, тем потребность в содействии и поддержке со стороны взрослых возрастет. 79,3% детей среднего и старшего школьного возраста положительно указали на отсутствие необходимости в контроле проведения индивидуальной гигиены рта (ИГР). Около четверти опрошенных (24,2%),

преимущественно мальчики, достоверно ($p < 0,001$) чаще возражали требованиям соблюдение ИГР.

Более половины опрошенных детей (54,3%) среди дополнительных средств отдают предпочтение жевательной резинке, 17,4% нерегулярно ею пользуются, 28,3% не применяют, среди них преобладают девочки ($p < 0,05$). Уточняя длительность использования жевательной резинки было выявлено, что 49,2% детей, ее используют в течении 15 минут после еды, 31,2% – более 15 минут и 19,6% – на протяжении всего дня. Девочки правильнее использовали жевательную резинку по отношению к мальчикам ($p < 0,001$).

На наш взгляд, уточнение мнения родителей относительно потребности их детей в стоматологических услугах является наиболее важным этапом в профилактике стоматологических заболеваний. Опрос показал, что более 2/3 (69,1%) родителей утвердительно дали ответ о том, что их ребенок имеет потребность в профилактике стоматологических заболеваний, однако 19,5% ответили отрицательно, а 11,5% не владеют необходимой информацией. Совместная роль родителей и врача-стоматолога в процессе организации и проведения профилактики стоматологических заболеваний достаточно весома. В данном процессе более 2/3 (73,6%) матерей изъявили большую готовность принимать активное участие, 26,4% отказались, основным поводом отказа было отсутствие свободного времени.

Своевременное выполнение назначений и рекомендаций врача-стоматолога является основным залогом достижения успеха в профилактике стоматологических заболеваний. Оценивая степень исполнения рекомендаций врача со стороны матерей, нами установлено, что каждая третья мать (33,2%) нерегулярно и не в полном объеме выполняла предложенные рекомендации, 42,4% рекомендации исполняли не всегда своевременно, 12,5% основной причиной неисполнения рекомендаций считают отсутствие времени, 9,40% основным поводом указывают наличие финансовых проблем, 1,6% высказали мнение относительно компетентности врача, и только 0,95% не доверяют эффективности профилактических мероприятий.

Успех любого мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний и кариеса в большей степени опирается на выбранную методологию проведения разъяснительной работы. Процесс достижения успеха в профилактической работе включает

в себя различные формы и методы. Нами проведена оценка доверия респондентов к форме и методам проведения разъяснительной работы со стороны врача. Анализ опроса показал, что индивидуальной беседе с врачом доверяют 89,4% респондентов, средствам СМИ – 4,5%, информационно-раздаточным материал – 5,1%, лекциям специалистов ПМСП – 1,0%.

Роль рациона и режима питания в профилактике стоматологических заболеваний достаточно весома. По результатам проведенного анкетирования установлено, что около 3/3 (84,6%) респондентов отдают предпочтение мягким продуктам питания (каши быстрого приготовления, кремобразные супы, продукты сети «Бистро», молочные продукты, содержащие сахар, – различные йогурты, мягкий творог и др.). Данная группа продуктов преимущественно представлена углевод-содержащими продуктами, которые повышают риск развития кариеса. Предпочтение такому характеру пищи отдают девочки ($p < 0,01$). О положительном эффекте твердых сортов овощей и фруктов в профилактике кариеса положительно ответили 91,3% респондентов, почти каждая 10-я мать (8,7%) высказала мнение о целесообразности включения данных продуктов в меню.

По нашему мнению, расширение ассортимента блюд в меню ребенка играет значительную роль в профилактике стоматологических заболеваний. Девочки более ответственно относятся к сохранению и укреплению зубов, чем мальчики.

Заключение

Основываясь на результатах проведенного исследования, нами установлено, что среди матерей и детей имеет место недостаточно высокий уровень стоматологического просвещения по предотвращению кариеса зубов и других стоматологических заболеваний.

Для повышения эффективности разъяснительной работы по предотвращению развития кариеса необходимо в корне пересмотреть существующую методологию организации и проведения работы, особенно среди детского контингента.

Для повышения уровня знаний у школьников по стоматологическому просвещению наиболее перспективными шагами является использование индивидуальных форм, основанных на использовании аудио, видео и других визуальных материалов по гигиене полости рта.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Горячева В.В., Хамадеева А.М. Эпидемиология кариеса постоянных зубов у детей школьного возраста г. Ульяновска // *Стоматология детского возраста и профилактика.* - 2015.- № 1.- С. 69.
2. Казарина Л.Н., Пурсанова А.Е. Оценка факторов риска в развитии кариеса зубов у школьников // *Стоматология детского возраста и профилактика.* - 2015.- № 3.- С. 45-47.
3. Косюга С.Ю., Балабина Т.С., Тимофеева Е.Н. Уровень стоматологического просвещения среди детей и их родителей согласно анкетированию // *Современные проблемы науки и образования.* - 2015.- № 6.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23760> (дата обращения: 16.03.2021).
4. Падалка А.И. Комплексная оценка состояния стоматологического здоровья детей школьного возраста города Полтава // *Молодой ученый.* - 2015.- № 10.- С. 179-182.
5. Третьякова О.В., Рединова Т.Л. Пути повышения стоматологического здоровья подростков // *Стоматология детского возраста и профилактика.* - 2016.- № 2.- С. 34-40.
6. Хамадеева А.М., Трунин Д.А., Степанов Г.В. и др. Индексы и критерии для оценки стоматологического статуса населения.- Самара, 2016.- 218 с.
7. Яковлева М.В., Громова В.В. Факторы, снижающие эффективность индивидуальной гигиены рта в периоде сменного прикуса // *Здравоохранение Чувашии.* - 2016.- № 1.- С. 61- 64.
8. Яковлева М.В., Ксембаев С.С. Общие и местные факторы, влияющие на состояние индивидуальной гигиены рта в детском возрасте // *Аспирант.* - 2015.- № 10 (15).- С. 64-67.
9. Яковлева М.В., Ксембаев С.С. Оценка уровня информированности детей и их родителей по вопросам индивидуальной гигиены рта // *Современные проблемы науки и образования.* - 2017.- № 3.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26495> (дата обращения: 16.03.2021).

REFERENCES

1. Goryacheva V. V., Khamadeeva A. M. Epidemiology of caries of permanent teeth in schoolchildren in Ulyanovsk. *Stomatologiya Detskogo Vozrasta i Profilaktika. [Pediatric Dentistry and Prevention]*. 2015; 1: 69.
2. Kazarina L. N., Pursanova A. E. Otsenka faktorov riska v razvitii kariesa zubov u shkolnikov [Assessment of risk factors in the development of dental caries in schoolchildren]. *Stomatologiya Detskogo Vozrasta i Profilaktika. [Pediatric Dentistry and Prevention]*. 2015; 3: 45-47.
3. Kosyuga S. Yu., Balabina T. S., Timofeeva E. N. Uroven stomatologicheskogo prosveshcheniya sredi detey i ikh roditeley soglasno anketirovaniyu [The level of dental education among children and their parents according to the questionnaire]. *Sovremennye Problemy Nauki i Obrazovaniya. [Modern Problems of Science and Education]*. 2015; 6.
4. Padalka A. I. Kompleksnaya otsenka sostoyaniya stomatologicheskogo zdorovya detey shkolnogo vozrasta goroda Poltava [Comprehensive assessment of the state of dental health of school-age children in the city of Poltava]. *Molodoy Uchenyy. [Young Scientist]*. 2015; 10: 179-182.
5. Tretyakova O. V., Redinova T. L. Puti povysheniya stomatologicheskogo zdorovya podrostkov [Ways to improve teens' dental health]. *Stomatologiya Detskogo Vozrasta i Profilaktika. [Pediatric Dentistry and Prevention]*. 2016.- № 2.- S. 34-40.
6. Khamadeeva A. M., Trunin D. A., Stepanov G. V., *Indeksy i kriterii dlya otsenki stomatologicheskogo statusa nasele-niya* [Indices and criteria for assessing the dental status of the population]. Samara, 2016; 218.
7. Yakovleva M. V., Gromova V. V. Faktory, snizhayushchie effektivnost individualnoy gigeny rta v periode smennogo prikusa [Factors that reduce the effectiveness of individual oral hygiene in the period of changeable bite]. *Zdravookhranenie Chuvashii. [Health of Chuvashia]*. 2016; 1: 61-64.
8. Yakovleva M. V., Ksembaev S. S. Obshchie i mestnye faktory, vliyayushchie na sostoyanie individualnoy gigeny rta v detskom vozraste [General and local factors influencing the state of individual oral hygiene in childhood]. *Aspirant. [Postgraduate student]*. 2015; 10 (15): 64-67.
9. Yakovleva M. V., Ksembaev S. S. Otsenka urovnya informirovannosti detey i ikh roditeley po voprosam individualnoy gigeny rta [Assessment of the level of awareness of children and their parents on the issues of individual oral hygiene]. *Sovremennye Problemy Nauki i Obrazovaniya. [Modern Problems of Science and Education]*. 2017; 3.

Сведения об авторе:

Ахмадзода Мансур Ахмад – соискатель ГУ «НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»; тел.: (+992) 98 762 99 72

Косимов Махмадулло Махмадиевич – директор НКЦ СиЧЛХ; тел.: (+992) 93 11 11 09 27

Якубова Зулфия Хамидовна – зав. кафедрой детской стоматологии ТГМУ; тел.: (+992) 882 22 74 75

Вохидов Абдусалом Вохидович – ведущий научный сотрудник ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”», д.м.н., профессор; тел. (+992) 907 70 79 96; e-mail: avokhidov@hotmail.com

Information about author:

Akhmadzoda Mansur Akhmad – Applicant for SE NKI of Dentistry and Maxillofacial Surgery; tel. +7992987629972

Kosimov Makhmadullo Makhmadievich – Director of the State Establishment "Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery"; tel.: (+992) 93 11 11 09 27

Yakubova Zulfiya Khamidovna – Head of the Department of Pediatric Dentistry of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»; tel.: (+992) 882 22 74 75

Vokhidov Abdusalom Vokhidovich – Leading Researcher, Government agency Medical Complex "Istiklol", Doctor of Medical Sciences, professor; Tel. +7992907707996; e-mail: avokhidov@hotmail.com

**АРЗЁБИИ АНДЕШАИ ВОЛИДОН ДАР БОРАИ МАСЪАЛАҲОИ
ДАНДОНПИЗИШКӢИ ФАРЗАНДОНИ ОНҲО**

¹АХМАДЗОДА М. А., ¹ҚОСИМОВ М.М., ¹ЯҚУБОВА З.Х., ²ВОҲИДОВ А.В.

¹МД Пажуҳишгоҳи илмию клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй"

²МД "Маҷмааи тиббии "Истиқлол"

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши сатҳи дониши волидон ва фарзандони онҳо дар бораи нигоҳубини ковокии даҳон

Мавод ва усулҳо. Кор дар асоси пурсиши 95 нафар мактаббачагони синну соли аз 8 то 17-сола ва волидони онҳо, ки дар Душанбе зиндагӣ мекунанд, асос ёфтааст. Пурсидашудагон – кӯдакон ба гурӯҳҳои зерин тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1 синну соли 8-9 сола - 25 (26,3%); гурӯҳи 2 аз 13-14 сола - 30 (31,5%); гурӯҳи 3 аз аз 15-17 сола 40 (42,1%). Шумораи модароне, ки дар пурсиш фаро гирифта шудаанд, 75 (79,0%) нафар ва падарон 20 (21,0%) нафарро ташкил дод.

Натиҷаҳо. Модарон ва кӯдакон дар бораи саводнокии дандонпизишкӣ ҳамаҷун асоси нешиғрии кариес ва бемориҳои дигари дандон савияи қазой надоранд. 47,9% мактаббачагон қоидаҳои шустани дандонро ҳамаҷун асоси нешиғрии бемориҳои дандон намедонанд, 38,3% онро зарур намешуморанд, танҳо 13,8% нафар омӯختани тарзи тоза кардани дандонҳоро ба мақсад мувофиқ меҳисобанд. Сабаби ба духтури дандон ташриф оварданро 71,9% пурсидагон ба таъобати дандон вобаста намуда, 28,1% ба ҷой доштани нишонаҳои стоматофобия ишора намуданд.

Хулоса. Зарур аст, ки усулҳои мавҷудаи ташкил ва гузаронидани корҳои нешиғриро, махсусан дар байни гурӯҳи кӯдакон бознигарӣ намуд, барои гигиенаи даҳон шаклҳои инфиродии таълимро дар асоси истифодаи аудио, видео ва дигар ашёи аёнӣ васеътар истифода бурдан лозим аст.

Калимаҳои асосӣ: саволнома, модари кӯдак, дандонпизишкӣ, нешиғриӣ

УДК 618.7-002

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

¹АХМЕДОВА З.Б., ^{1,2}КУРБОНОВ Ш.М.

¹ООО «Медицинский центр Насл»

²Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Разработать алгоритм комплексной диагностики острой кишечной непроходимости (ПОН) после акушерско-гинекологических операций.

Материал и методы. Исследована медицинская документация 50 пациенток, которые находились на обследовании и лечении на базе ГКБ СМП, медицинском центре «Истиклол» за период 2005-2019 годов.

Результаты. У всех наблюдаемых пациенток с ПОН отмечалось снижение уровня электролитов крови, что обусловлено их высокой потерей вследствие рвоты. Уровень эндотоксемии у пациенток с ПОН, осложнённой синдромом кишечной недостаточности (СКН) II-III степеней, был повышен вследствие внутрикишечной гипертензии и скопления токсических продуктов в просвете тонкой кишки. При ПОН с увеличением тяжести СКН наблюдаются сдвиги в коагулограмме. При этом при СКН II степени чаще встречаются признаками гиперкоагуляции, а при СКН III степени - признаки гипокоагуляции, что имело аналогию с фазами ДВС-синдрома. Выявлена прямая зависимость между степенью выраженности СКН, показателями внутрибрюшного давления (ВБД) и уровнем эндотоксемии. Наличие классических рентгенологических признаков ПОН констатировали факт непроходимости у 32 (64%) пациенток. Рентгенонегативные формы достоверно чаще наблюдались при небольших сроках – в среднем, через 10,4±4,3 часов (ранняя ПОН) от начала заболевания, в то время как продолжительность непроходимости при отчетливой рентгенологической картине была достоверно больше и составила 18,3±5,8 часов ($p \leq 0,444$). Комплексное УЗИ позволило установить наличие ПОН у 46 пациенток (92%). В зависимости от полученных данных в дальнейшем выбиралась тактика: постлапаротомная лапароскопия или релапаротомия.

Заключение. При СКН I-II степеней, ВБГ I-II степеней, сомнительных данных УЗИ и рентгенологических признаках ПОН выполняют постлапаротомную лапароскопию или релапаротомию, которая завершается не только диагностикой, но и лечебными пособиями. Пациенткам с клинико-лабораторными показателями, данными релапароскопии и УЗИ, указывающими на СКН II-III степеней, показана релапаротомия.

Ключевые слова: кесарево сечение, гинекологические заболевания, послеоперационная острая кишечная непроходимость, диагностика, релапаротомия, релапароскопия

NEW APPROACHES IN COMPLEX DIAGNOSIS OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION AFTER OBSTETRIC-GYNAECOLOGICAL OPERATIONS

¹AKHMEDOVA Z.B., ^{1,2}KURBONOV SH.M.

¹Medical Center "Nasl"

²Department of Obstetrics and Gynecology №1 of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Aim. Develop a comprehensive diagnostic algorithm for acute intestinal obstruction (PAIO) after obstetric and gynecological operations.

Material and methods. Medical documentation of 50 patients who were examined and treated on the basis of the Municipal Clinical Hospital of the Emergency Medical Service, Medical Center «Istiklol» for the period 2005-2019 was investigated.

Results. In all observed patients with PAIO, there was a decrease in blood electrolyte levels due to their high loss due to vomiting. The level of endotoxemia in patients with PAIO, complicated by bowel failure syndrome (BFS) of the II-III degree, was increased, which was caused by intracellular hypertension and accumulation of toxic products in the lumen of the small intestine. In PAIO with an increase in the severity of bowel failure syndrome, shifts in the coagulogram are observed. At the same time, in grade II BFS,

signs of hypercoagulation are more common, and in grade III BFS, signs of hypocoagulation, which had an analogy with the phases of ICE syndrome. A direct relationship was identified between the severity of the BFS and the intra-abdominal pressure (IAP) indicators and the level of endotoxemia. The presence of classical radiological signs of PAIO was stated by the fact of obstruction in 32 (64%) patients. Radionegative forms were reliably often observed at short intervals - on average after 10,4±4,3 hours (early PAIO) from the onset of the disease, while the duration of obstruction in a distinct radiological picture was reliably longer and amounted to 18,3±5,8 hours ($p \leq 0,444$). Complex ultrasound made it possible to establish the presence of PAIO in 46 patients (92%). Depending on the data obtained, a tactic was subsequently chosen: post-laparotomy laparoscopy or relaparotomy.

Conclusion. In case of BFS of I-II degree, IAP of I-II degree, dubious ultrasound and radiological signs of PAIO, postlaparotomy laparoscopy or relaparotomy is performed, which ends not only with diagnostics, but also with medical benefits. In patients with clinical-laboratory indicators, relaparotomy data and ultrasound indicating grade II-III BFS, relaparotomy is shown.

Key words: caesarean section, gynecological diseases, postoperative acute intestinal obstruction, diagnostics, relaparotomy, relaparoscopy

Актуальность

Развитие послеоперационных осложнений в акушерстве и гинекологии, требующих повторных вмешательств, является практически непредсказуемым моментом в работе хирурга. В акушерско-гинекологической практике при развитии таких осложнений, как рецидивы гипотонических и атонических кровотечений после первичных вмешательств, послеоперационный акушерско-гинекологический перитонит и острая кишечная непроходимость, релапаротомия является единственным доступным методом эффективного лечения развивающегося осложнения, позволяющим полноценно провести хирургический этап лечения. Однако в последние годы все большее внимание специалистов обращено в сторону миниинвазивных методов своевременной диагностики и лечения вышеуказанных осложнений, особенно в случае послеоперационной острой кишечной непроходимости (ПОКН). Диагностика ПОКН является ключевой задачей в неотложной хирургии и акушерстве-гинекологии. Ранняя диагностика и выполнение патогенетически обоснованной релапаротомии позволяют улучшить результаты лечения. Послеоперационная летальность, несмотря на использование прогрессивных методов диагностики и лечения, позволяющих снизить инвазивность оперативных вмешательств, остается высокой, поскольку запоздалая диагностика и, как следствие, выполнение таких операций сопровождаются осложнениями. Основной причиной летальных исходов у каждого третьего умершего является несвоевременная диагностика и лечение послеоперационных осложнений, в результате чего развиваются необратимые изменения в тонкой кишке, обусловленной ишемией и эндогенной интоксикацией.

В литературе встречаются разноречивые данные о диагностической ценности различных методов обследования для своевремен-

ного выявления ПОКН и определения для хирурга критериев выбора тактики в пользу того или иного метода [1-8]. Известно, что ранняя ПОКН является одним из тяжелых и опасных среди всех осложнений в акушерстве и гинекологии, а также трудно-диагностируемым процессом в раннем послеоперационном периоде, основным механизмом в развитии которой являются нарушения метаболизма, синдром внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) и, как следствие, развитие ишемически реперфузионных повреждений (ИРП) и полиорганной недостаточности. В связи с этим необходим комплексный подход в раннем выявлении ПОКН с определением критериев для адекватного выбора вторичного вмешательства.

Цель исследования

Разработать алгоритм комплексной диагностики острой кишечной непроходимости после акушерско-гинекологических операций.

Материал и методы исследования

В основу настоящей работы лег анализ медицинской документации 50 пациенток, которые находились на обследовании и лечении в ГКБ СМП, медицинском центре «Истиклол» за период 2005-2019 годы, перенесших акушерские и гинекологические операции, осложнившиеся острой кишечной непроходимостью, по поводу которой им были выполнены повторные хирургические вмешательства – релапаротомия, релапароскопия. Критериями включения в исследование были: возраст женщин от 18 до 45 лет; беременность в III триместре гестации (28-40 недель); женщины с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения; беременные и женщины, которые подвергались хирургическому либо эндоскопическому методам лечения; женщины с наличием послеоперационных внутрибрюшных осложнений в виде ПОКН.

Результаты научного исследования были рассчитаны и получены с применением ме-

тодов описательной статистики. Описание качественных признаков представлены в виде абсолютных и относительных значений (%) от общего числа случаев. Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программных пакетах Excel-2010.

Результаты и их обсуждение

Детальный и глубокий анализ клинического материала (n=50) показал, что в большинстве случаев ранняя ПОКН развилась вследствие различных этиологических факторов, способствовавших парезу кишечника, спайкам петель тонкой кишки между собой и др.: длительный парез тонкой кишки, обусловленный повторными травматичными по объему операциями; резидуальные интраперитонеальные скопления сгустков крови с выпадением и организацией фибрина; наличие воспалительных инфильтратов и абсцессов в полости малого таза; технические и тактические врачебные ошибки; наличие неадекватного санирования гнойно-воспалительных очагов вследствие слипания петель тонкой кишки между собой; некупированный воспалительный процесс в полости малого таза (кровь) или гнойный очаг, инородное тело, которые поддерживают процесс слипания и парез кишечника (эндометрит, параметрит, абсцесс полости малого таза); совокупность нескольких факторов.

Необходимо отметить, что у наблюдавшихся пациенток с ПОКН в большинстве случаев оперативные вмешательства были выполнены по поводу гипотонических маточных кровотечений, внутрибрюшных кровотечениях после первичных операций. Эти моменты способствовали развитию синдрома кишечной недостаточности с одной стороны, с другой, как следствие выпадения фибрина при внутрибрюшных кровотечениях и склеивания серозных поверхностей брюшины.

Диагностика ПОКН, особенно в ранние сроки, представляла диагностические сложности, это обусловлено, прежде всего, приемом обезболивающих средств, дезинтоксикационной терапией. Заболевание проявлялась следующими клиническими признаками.

1. Болевой синдром, имевший место у 12 больных из 50, который проявлялся как самостоятельная боль различного характера и интенсивности, болезненностью при пальпации; защитным напряжением мышц передней брюшной стенки, симптомом Щеткина-Блюмберга.

2. Синдром нарушения пассажа по желудочно-кишечному тракту наблюдался у 31 пациентки и характеризовался симптомами в виде вздутия живота, тошноты и рвоты, задержки стула и газов, ослабления кишечных шумов или их отсутствием при аускультации, симптомами Валя и Склярова.

3. Синдром эндогенной интоксикации различной степени выраженности отмечался у 45 пациенток и характеризовался сухостью слизистых оболочек, тахикардией, гипертермией, изменением окраски слизистых оболочек.

Необходимо отметить, что все перечисленные выше синдромы в изолированном виде не встречались, как правило, они сочетались, что позволило в ряде случаев установить ПОКН.

Важную роль в патогенезе ПОКН играют нарушение электролитного обмена, эндотоксемия, интоксикация, которые и после устранения причины непроходимости оперативным путем представляют угрозу для жизни больного, что, прежде всего, обусловлено следствием сохраняющейся энтеральной недостаточности, формированием эндотоксинового порочного круга, реперфузионными нарушениями со стороны кишечной стенки (табл. 1).

Таблица 1

Некоторые показатели элементов минерального обмена пациенток с ПОКН (n=30)

Показатель	Здоровые (n=10)	ПОКН(n=20)
Калий, мкмоль/л	42±0,3	2,9±0,2*
Натрий, мкмоль/л	138,2±1,0	130,2±1,6
Кальций, мкмоль/л	2,3±0,5	1,7±0,3*

Примечание: * – статистическая значимость различий показателей между группами p<0,05

У всех наблюдаемых пациенток с ПОКН имело место снижение уровня показателей электролитов крови, что обусловлено их

высокой потерей вследствие рвоты. Развитие ПОКН и выраженность тяжести состояния пациенток зависели от тяжести СКН (табл. 2).

Таблица 2

Показатели эндогенной интоксикации у больных с ПОКН в зависимости от тяжести синдрома кишечной недостаточности (n=40)

Показатели эндогенной интоксикации	Здоровые (n=10)	СКН		
		СКН I ст. (n=10)	СКН II-ст. (n=10)	СКН III-ст. (n=10)
Тахикардия, уд. в мин.	70,0±2,2	92,0±8,3	104±8,1	110±8,3
Парез кишечника	Нет	Слабо выражен	Выраженный	Стойкий парез
Лейкоциты × 10 ⁹ /л	6,48±0,5	11,5±0,88	12,6±1,49	14,3±1,8
Фибриноген, г/л	2,4±0,21	2,6±0,24	2,7±0,22	2,8±0,3
Протромбиновый индекс	92,8±2,02	93,1±3,1	94,2±6,3	95,1±5,1
Лактат крови, ммоль/л	1,1±0,1	1,34±0,12	1,6±0,4	2,2±0,7
МДА, нмоль/мг	2,3±0,05	2,9±0,03	9,4±0,12	3,7±0,21
ПКТ, нгмл	0-0,5	2,1±0,03	3,6±0,04	4,1±0,05
МСМ, мг/мл	290,3±145	372,5±13,3	1152±230,7	1471,5±143,4
СРБ, мг/л	3,0±0,3	7,1±0,12	132,8±16,4	176, 4±2,2
ИЛ-6, нг/мл	25,0±1,1	74,3±1,8	98,3±2,6	114,5±2,4
АлАт, моль/л	0,52±1,10	0,72±2,10	0,75±0,04	0,79±0,15
АсАт, моль/л	0,7±1,8	0,89±0,8	0,95±0,08	1,1±0,01

Уровень эндотоксемии у пациенток с ПОКН, осложнённой СКН II-III степеней, был повышен, что обуславливалось внутрикишечной гипертензией и скоплением токсических продуктов в просвете тонкой кишки.

В патогенезе возникновения ПОКН после акушерско-гинекологических опе-

раций важное значение имеет наличие тяжелой кровопотери, по поводу которой выполнялось первичное оперативное вмешательство, способствующее возникновению СКН, а наличие излившейся в брюшную полость крови еще и выпадением фибрина (табл. 3)/

Таблица 3

Показатели гемостаза у пациенток с ПОКН в соответствии с тяжестью СКН (n=30)

Показатели	СКН		
	СКН I ст. (n=10)	СКН II ст. (n=10)	СКН III ст. (n=10)
Тромбоциты × 10 ⁹ /л	255,6±8,318	197,4±3,743	148,5±1,936
Протромбиновое время, сек	16,7±1,533	17,3±0,361	22,1±3,149
Антитромбин, III %	104,3±5,368	84,5±1,317	69,7±6,414
Фибриноген, г/л	3,4±1,115	41±2,174	1,5±0,139
РФМК × 10 ² г/л	3,7±0,361	4,6±1,082	6,1±2,853
Время свертываемости, мин	3,7±1,285	2,1±0,348	5,2±1,429

У пациенток с ПОКН и СКН I степени, реже на фоне умеренной эндогенной интоксикации показатели гематокрита были в пределах нормы. Тогда как при наличии

СКН II степени и развитии септико-токсемии у пациенток с ПОКН в системе гемостаза были выявлены изменения. Наиболее выражено отреагировал фибриноген - его

повышение за пределы нормы отмечалось у всех пациенток. Параллельно с этим у этих пациенток наблюдалось повышение РФМК ($4,6 \pm 1,082$ г/л), антитромбина III ($84,5 \pm 1,317$), что косвенно отражало происходящие компенсаторные сдвиги в системе гемостаза. Выявленные сдвиги показателей гемостаза при СКН II степени сравнимы с изменениями, возникающими при гиперкоагуляционной фазе ДВС-синдрома. Одновременно с этим выявлена гиперфибриногенемия, в среднем до $4,1 \pm 2,174$ г/л. Время свертываемости крови по Ли-Уайту составило $2,1 \pm 0,348$ минуты, что, очевидно, связано с ответом организма на массивное воспаление и бактериальную транслокацию. При СКН III степени зарегистрирована манифестация гипокоагуляции: уровень тромбоцитопении был равен $148,5 \pm 1,936 \times 10^9$ /л. Дефицит фибриногена, в среднем, достигал $1,5 \pm 0,139$ г/л. Эти явления сопровождалось повышением протромбинового времени до $22,1 \pm 3,149$ сек. и критическим падением среднего уровня антитромбина III, который составлял – $69,7 \pm 6,414$.

Таким образом, при ПОКН с увеличением тяжести СКН наблюдаются сдвиги в коагулограмме. При этом при СКН II степени чаще встречаются признаками гиперкоагуляции, а при СКН III степени - признаки гипокоагуляции. Аналогичная смена фаз происходит при развитии ДВС-синдрома.

В настоящее время в патогенезе многих острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и их послеоперационных внутрибрюшных осложнений особое место уделяется повышению внутрибрюшного давления (ВБД). Подавляющее большинство послеоперационных патологических процессов в брюшной полости уже на ранних стадиях сопровождалось признаками абдоминальной гипертензии. ПОКН, как правило, сопровождается различной степенью выраженности СКН, характеризующейся нарушениями двигательной, экскреторной, барьерной, всасывательной и других функций. Скопление в просвете тонкой кишки значительного количества токсичных веществ в дальнейшем способствует повышению ВБД (табл. 4).

Таблица 4

Показатели эндотоксемии при СКН с повышением внутрибрюшного давления у больных с ПОКН

Показатель	Здоровые (n=30)	ВБГ I степени (n=11)	ВБГ II степени (n=10)	ВБГ III степени (n=8)	ВБГ IV степени (n=1)
МСМ, усл.ед	$0,372 \pm 0,3$	$0,624 \pm 0,5$	$0,973 \pm 0,68$	$0,1104 \pm 0,53$	$0,1274 \pm 0,78$
МДА, ммоль/мл	$2,24 \pm 0,01$	$3,7 \pm 0,10$	$3,9 \pm 0,12$	$4,8 \pm 0,16$	$5,4 \pm 0,22$
СРБ, мг/л	$3,0 \pm 0,3$	$7,1 \pm 0,12$	$132,8 \pm 16,4$	$176,4 \pm 2,1$	$180,1 \pm 2,0$
ПКТ, нг/мл	0,5	$2,1 \pm 0,03$	$3,6 \pm 0,04$	$3,9 \pm 0,04$	$4,1 \pm 0,05$
ИЛ-6, U-ml	$2,4 \pm 4,6$	$5,1 \pm 1,18$	$6,25 \pm 2,14$	$6,95 \pm 1,28$	$7,2 \pm 1,12$
Лактат крови, ммоль/л	$1,07 \pm 0,1$	$1,8 \pm 0,02$	$2,1 \pm 0,03$	$2,5 \pm 0,02$	$3,1 \pm 0,04$
СКН, степень	-	0-I	I-II	II-III	III

По мере повышения ВБД, обусловленного СКН II-III степеней, характеризующегося временным застоем в тонкой кишке, парезом и транслокацией бактерий, развивается синдром ВБД II-III степеней, при этом уровень маркеров СКН (МСМ) достигал $0,978 \pm 0,684$ усл.ед. и $0,1104 \pm 0,54$ усл.ед., а показатели МДА – $3,9 \pm 0,2$ ммоль/мл и $4,8 \pm 0,16$ ммоль/мл соответственно. О значении воспалительных изменений в стенке тонкой кишки, септикопиемии при ПОКН свидетельствовал повышенный уровень СРБ ($132,8 \pm 16,4$ мг/л и $176,4 \pm 2,1$ мг/л), ПКТ ($3,6 \pm 0,04$ нг/мл и $3,9 \pm 0,04$ нг/мл) ИЛ-6

($6,25 \pm 2,4$ U/ml и $6,95 \pm 1,28$ U/ml). Прогрессирование повышения ВБД и эндотоксемии при СКН II-III степени способствовало увеличению содержания цитокинов (ИЛ-6) в крови локально и вследствие ишемических процессов в кишечнике, имеющих при ПОКН. Повышение ВБД сопровождалось значительным повышением уровня лактата крови при ВБД III и IV степеней (от $1,8 \pm 0,01$ ммоль/л до $3,1 \pm 0,04$ ммоль/л) и указывало на катастрофическое нарушение жизнеспособности тонкой кишки.

Таким образом, при ПОКН наблюдается прямая зависимость между степенью вы-

раженности СКН и показателями ВБД: чем выше уровень ВБД, тем выше показатели уровня эндотоксемии при СКН. Указанные процессы усугубляются прогрессирующей эндогенной интоксикацией вследствие СКН, которая увеличивает степень гипоксии кишечной стенки, формируя «порочный круг».



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма. ПОКН. Тонкокишечные уровни и чаши Клойбера

Комплексное рентгенологическое исследование наряду со всеми его достоинствами не позволяют решить такие практически важные вопросы, какая форма ПОКН (странгуляция или обструкция) и определить ее причину. Главными преимуществами рентгенологического исследования продолжают оставаться общедоступность и высокая диагностическая информативность.

Отчетливые признаки ПОКН при обзорной рентгенографии, как уже было отмечено, имелись у 32 (64%) пациенток, и в 18 (36%) случаях при первичном послеоперационном рентгено-лучевом исследовании методика была информативной. На качество диагностики ПОКН также повлияла длительность заболевания. Рентгеноотрицательные формы достоверно часто наблюдались при небольших сроках – в среднем через $10,4 \pm 4,3$ часов (ранняя ПОКН) от начала заболевания, в то время как продолжительность непроходимости при отчетливой рентгенологической картине была достоверно больше и составила $18,3 \pm 5,8$ часов ($p \leq 0,444$).

Среди лучевых методов диагностики ПОКН УЗИ является высокоинформативным методом исследования. Комплексное УЗИ проведено всем 50 пациенткам с ПОКН. Наличие ПОКН удалось установить у 46 из них (92%) (рис. 3).

Также общепринятым и наиболее достоверным методом диагностики ПОКН является комплексное рентгенологическое исследование, которое было проведено всем 50 пациенткам с ПОКН. Наличие классических рентгенологических признаков ПОКН, являющихся констатацией факта заболевания непроходимости, установили у 32 (64%) пациенток (рис. 1, 2).



Рис. 2. Обзорная рентгенография. ПОКН. Наличие уровней и арок



Рис. 3. УЗИ. Расширение петель тонкой кишки, они растянуты жидкостью и газом и фиксированы друг к другу

В качестве основных УЗ-признаков ПОКН рассматривали различные сочетания следующих признаков: жидкость в просвете кишки; увеличение диаметра тонкой кишки более 3 см, особенно в сочетании с наличием дилатированных и спавшихся участков, препараты диаметра кишки; визуализация складок слизистой в результате ее утолщения (симптом «клавиатуры»); маятникообразные (возвратно-поступательные) движения или ослабле-

ние (отсутствие) перистальтики; гастростаз; наличие выпота в брюшной полости. Следует отметить, что УЗИ в ряде случаев позволило констатировать характерные для различных стадий СКН признаки, которые были сопоставимы с лабораторными данными показателей эндотоксемии. При этом важнейшими УЗ-критериями СКН при ПОКН являлись: 1. наличие расширенных петель тонкой кишки, достигающих 2-4 см, с наличием в просвете тонкой кишки секвестрированной жидкости, что обусловлено нарушением двигательной и секреторной функции тонкой кишки и нарушением всасывания; 2. наличие равномерного отёка складок слизистой оболочки и кишечной стенки с исчезновением четкости контуров кишки; 3. выраженные нарушения перистальтики тонкой кишки и скопление большого количества секвестрированной жидкости в брюшной полости.

При выполнении УЗИ пациенткам с ПОКН наряду с оценкой спаечного процесса в брюшной полости также выявляли наличие «акустических окон» - участков передней брюшной стенки, свободных от висцеро-париетальных сращений, определение которых необходимо для безопасной пункции брюшной полости при лапароскопии. УЗ критериями «акустического окна» являлись: а) максимальная подвижность висцерального и париетального листков брюшины, превышающая 30 мл; б) удаленность от послеоперационных рубцов и места перепада диаметра кишечных петель; в) отсутствие вблизи зоны прокола конгломератов петель, фиксированных между собой висцеро-висцеральных сращениями.

Важное значение предавали лапароскопическому доступу, который зависит от ранее выполненных доступов. При доступе по Пфанненштилю вход в брюшную полость осуществляли выше пупочного кольца на 3-4 см - в верхних точках Калька либо в левом

подреберье по средне-ключичной линии на 1,5-2 см ниже реберной дуги.

В настоящее время для диагностики ПОКН эффективно применяют видеолапароскопические технологии. На основании данных литературы и собственного опыта показаниями к послеоперационной лапароскопии являлись: ранняя спаечная кишечная непроходимость (до 2 часов); отсутствие пареза тонкой кишки; присутствие «акустического окна» для пункции брюшной полости; отсутствие висцеро-париетальных сращений по данным УЗИ; отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний; отсутствие СКН – II-III по данным лучевых методов диагностики.

Видеолапароскопия при ПОКН позволила оценить характер и распространенность спаечного процесса в полости малого таза и в брюшной полости, а также выявить причину ПОКН и во многих случаях устранить её.

Заключение

На основании проведенных комплексных методов диагностики ПОКН разработан лечебно-диагностический алгоритм: всем пациенткам с подозрением на ПОКН проводят клинично-лабораторные исследования маркеров эндотоксемии, обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ и измеряют показатели ВБД. При СКН I-II степеней, ВБГ I-II степеней, сомнительных УЗ и рентгенологических признаках ПОКН выполняют постлапаротомную лапароскопию или релапаротомию, которая завершается не только диагностикой, но и лечебными пособиями. При невозможности и технических трудностях ставится показание к релапаротомии. Необходимо отметить, что у пациенток с клинично-лабораторными показателями, данными релапароскопии и УЗИ, указывающими на СКН II-III степеней, показана релапаротомия.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Баулина Н.В., Баулин А.А., Смолькина А.В., Баулина Е.А., Баулин А.В. Вынужденные релапаротомии в urgentной гинекологии // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2011. – № 3 (19). – С. 57–64.

2. Белоконев В.И., Федорин А.И. Определение показаний к наложению анастомозов и выведению кишечных стом у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью // Вестник Авиценны. – 2012. – № 3 (52). – С. 30-33.

REFERENCES

1. Baulina N. V., Baulin A. A., Smolkina A. V., Baulina E. A., Baulin A. V. *Vynuzhdennye relaparotomii v urgentnoy ginekologii* [Forced relaparotomy in urgent gynecology]. *Izvestiya Vysshikh Uchebnykh Zavedeniy. Povolzhskiy Region. Meditsinskie Nauki.* [News of Higher Educational Institutions. Volga Region. Medical Sciences]. 2011; 3 (19): 57-64.

2. Belokonev V. I., Fedorin A. I. *Opredelenie pokazaniy k nalozheniyu anastomozov i vyvedeniyu kishchechnykh stom u bolnykh s peritonitom i ostroy kishchechnoy neprokhodimostyu* [Determination of indications for the imposition of anastomoses and removal

3. Власов А.П., Сараев В.В., Шибитов В.А., Аброськин Б.В., Власов П.А. Оптимизация оперативного лечения острой кишечной непроходимости // Медицинский альманах.- 2013.- № 5.- С.135-138.

4. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Даминова Н.М. Интубация тонкой кишки как компонент лечения острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости // Вестник Авиценны.- 2018.- Т. 20, №. 4.- С. 436-441.

5. Курбонов К.М., Джонов Б.Н. Современные технологии в диагностике и лечении спаечной тонкокишечной непроходимости // Вестник Авиценны.- 2012.- № 4.- С.35-38.

6. Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Магомедов М.А. Оперативное лечение острой спаечной кишечной непроходимости с применением видеоэндоскопической технологии в сравнительном аспекте // The Scientific Heritage.- 2020.- № 51 (2).- С. 35-40.

7. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Ачкасов Л.В., Ба М.Р. Андрейчинков А.А. Морфологические изменения тонкой кишки при острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости // Клиническая медицина.- 2015.- № 4.- С.56-61.

8. Трофимов П.С. Дифференциальная диагностика пареза кишечника и ранней спаечной кишечной непроходимости у хирургических больных в раннем послеоперационном периоде // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины.- 2017.- Т. 7, № 2.- С. 104-107.

of intestinal stomas in patients with peritonitis and acute intestinal obstruction]. *Vestnik Avitsenny. [Bulletin of Avicenna]*. 2012; 3 (52): 30-33.

3. Vlasov A. P., Saraev V. V., Shibitov V. A., Abroskin B. V., Vlasov P. A. Optimizatsiya operativnogo lecheniya ostroy kishhechnoy neprokhodimosti [Optimization of surgical treatment of acute intestinal obstruction]. *Meditsinskiy Almanakh. [Medical Almanac]*. 2013; 5: 135-138.

4. Kurbonov K. M., Nazirboev K. R., Daminova N. M. Intubatsiya tonkoy kishki kak komponent lecheniya ostroy strangulyatsionnoy tonkokishechnoy neprokhodimosti [Intubation of the small intestine as a component of the treatment of acute strangulated small bowel obstruction]. *Vestnik Avitsenny. [Bulletin of Avicenna]*. 2018; 20 (4): 436-441.

5. Kurbonov K. M., Dzhonov B. N. Sovremennye tekhnologii v diagnostike i lechenii spaechnoy tonkokishechnoy neprokhodimosti [Modern technologies in the diagnosis and treatment of adhesive small bowel obstruction]. *Vestnik Avitsenny. [Bulletin of Avicenna]*. 2012; 4: 35-38.

6. Magomedov M. M., Imanaliev M. R., Magomedov M. A. Operativnoe lechenie ostroy spaechnoy kishhechnoy neprokhodimosti s primeneniem vidioendoskopicheskoy tekhnologii v sravnitel'nom aspekte [Surgical treatment of acute adhesive intestinal obstruction with using video-endoscopic technologies - comparative evaluation]. *The Scientific Heritage. [The Scientific Heritage]*. 2020; 51(2): 35-40.

7. Pugaev A. V., Negrebov M. G., Achkasov L. V., Ba M. R. Andreychinkov A. A. Morfologicheskie izmeneniya tonkoy kishki pri ostroy strangulyatsionnoy tonkokishechnoy neprokhodimosti [Morphological changes of the small intestine in acute strangulation small intestinal obstruction]. *Klinicheskaya Meditsina. [Clinical Medicine]*. 2015; 4: 56-61.

8. Trofimov P. S. Differentsialnaya diagnostika pareza kishhechnika i ranney spaechnoy kishhechnoy neprokhodimosti u khirurgicheskikh bolnykh v rannem posleoperatsionnom periode [Differential diagnosis of intestinal paresis and adhesive ileus in early postoperative period]. *Krymskiy Zhurnal Eksperimental'noy i Klinicheskoy Meditsiny. [Crimean Journal of Experimental and Clinical Medicine]*. 2017; 7 (2): 104-107.

Сведения об авторах:

Ахмедова Заррина Баходуровна – онкогинеколог-хирург, научный сотрудник Медицинского центра «Насл», ассистент кафедры онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», к.м.н.; тел.: (+992)900 00 25 77; e-mail: zorri@mail.ru

Курбонов Шамсиддин Мирзоевич – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент; тел.: (+992) 93 500 65 71; e-mail: kurbonov_nrch@mail.ru

Information about authors:

Akhmedova Zarrina Bakhodurovna – Oncogynecologist-surgeon, Research Officer of the Medical center "NASL", Assistant at the Department of Oncology of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences; tel.: (+992)900 00 25 77; e-mail: zorri@mail.ru

Kurbonov Shamsiddin Mirzoevich – Assistant at the Department of Obstetrics and Gynecology №1 of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; tel.: (+992) 93 500 65 71; e-mail: kurbonov_nrch@mail.ru

**УСУЛҲОИ НАВИ ТАШХИСИ УМУМИИ НОГУЗАРОИИ ШАДИДИ
РӮДА ПАС АЗ АМАЛИЁТҲОИ АКУШЕРӢ-ГИНЕКОЛОГӢ**

¹АХМЕДОВА З.Б., ²ҚУРБОНОВ Ш.М.

¹ЦММ «Маркази тиббии «Насл»

²Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Таҳияи алгоритми ташхиси комплексии баъдичароҳии монеаи шадиди рӯда пас аз амалиёти акушерӣ ва гинекологӣ (МШААГ).

Мавод ва усулҳо. Хуҷҷатҳои тиббии 50 нафар беморон, ки дар беморхонаи шаҳрии клиникаи Ёрии таъҷилӣ, Маркази тиббии "Истиқлол" дар солҳои 2005-2019 мавриди ташхис ва табобат қарор гирифтанд омӯхта шуданд.

Натиҷаҳо. Дар ҳама беморони муоинашудаи МШААГ сатҳи электролитҳои хун коҳиш ёфтанд, ки талафоти зиёди онҳо қайқунӣ вобастагӣ дошт. Сатҳи эндотоксемия дар беморони гирифтори МШААГ, синдроми норасоии рӯдаи дараҷаи II-III (СНР) баланд гардид, ки ин аз гипертонияи дохили рӯда ва ҷамъ шудани маҳсулоти захрнок дар рӯдаи борик ба вуҷуд омадааст. Ҳангоми МШААГ бо афзоиши вазнинии СНР дар коагулограмма тағйирот мушоҳида карда мешавад. Дар айни замон, аломатҳои гиперкоагулятсия дар дараҷаи СНР– II ва нишонаҳои гипокоагулятсия дар дараҷаи СНР- III, ки шабеҳи марҳилаҳои DIC доштанд, беиштар ба назар мерасанд. Муносибати мустақим дар байни вазнинии нишондиҳандаҳои фишорбадандии дохилибатнӣ (ФДБ) ва дараҷаи эндотоксемия ошкор карда шуд. Мавҷудияти нишонаҳои классикии рентгении МШААГ бо далели монеагии шадид дар 32 (64%) беморон тасдиқ карда шуд. Шаклҳои манфии рентгенӣ аксар вақт боэтимод дар давраҳои кӯтоҳ мушоҳида мешуданд - ба ҳисоби миёна пас аз $10,4 \pm 4,3$ соат (аввали МШААГ) аз оғози беморӣ, инчунин дар ҳолате ки давомнокии монеагии шадид бо тасвири рентгении равшан дарозтар $18,3 \pm 5,8$ соат ($p \leq 0,444$) буд. Фаросадои мураккаб мавҷудияти МШААГ -ро дар 46 бемор (92%) муайян кард. Вобаста аз маълумоти бадастомада тактикаҳо, ба монанди лапароскопия баъди лапаротомӣ ё релапаротомия интихоб карда шуд.

Хулоса. Дар ҳолати дараҷаи СНР дараҷаи I-II, ФДБ дараҷаи I-II, нишондодҳои шубҳаноки фаросадо ва рентгенологии МШААГ лапароскопия баъд аз лапаротомӣ ё релапаротомия анҷом дода мешаванд, ки на танҳо бо ташхис, балки бо роҳҳои терапевтӣ низ ба анҷом мерасанд. Дар беморони дорои параметрҳои клиникӣ ва лабораторӣ маълумоти релапароскопия ва фаросадо, ки дараҷаи СНР дараҷаи II-III нишон медиҳанд, релапаротомия нишон дода шудааст.

Калимаҳои асосӣ: буриши қайсарӣ, бемориҳои занона, монеаи шадиди рӯда, пас аз амалиёт, ташхис, релапаротомия, релапароскопия

УДК 616.009

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

ГАНИЕВА М.Т., ФИРУЗАИ И.,
ИСОКОВА М.ДЖ., ИСРОФИЛОВ М.О.

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Проанализировать клинические особенности воспалительно-демиелинизирующей полиневропатии у детей.

Материал и методы. Проведен проспективный (n=4) анализ больных с хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатией (ХВДП). Возраст дебюта заболевания от 5 до 15 лет (в среднем, 10,5 лет). Всем пациентам проводили лабораторные и инструментальные методы исследования (общий анализ крови, мочи и кала, ЭНМГ, УЗИ, МРТ, ЛП). Для определения степени пареза и силы мышц использованы специализированные шкальные методы исследования.

Результаты. Отмечается позднее поступление больных в стационар, спустя 4-8 недель от начала клинической симптоматики. У всех пациентов при проведении электронейромиографического исследования выявлены генерализованные изменения в виде снижения скорости распространения возбуждения по моторным и сенсорным волокнам демиелинизирующего типа, что являлось основным критерием диагностики.

Заключение. Согласно международным рекомендациям и полученным нами данным, внутривенное введение иммуноглобулинов (ВВИГ) и кортикостероидов (КС) не различается по эффективности, их назначение зависит от предполагаемых осложнений и опыта врача, а также финансовых возможностей. При недостаточной эффективности ВВИГ, КС или комбинации ВВИГ + КС, развитии побочных эффектов от КС (синдром Кушинга, диабет и др.) требуется своевременное назначение препаратов 2-й линии.

Ключевые слова: полинейропатии хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия, парализация, цереброспинальная мозговая жидкость, электронейромиография

FEATURES OF THE CLINIC, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF INFLAMMATORY DEMYELINIZING POLYNEUROPATHIES IN CHILDREN

GANIEVA M.T., FIRUZAI I.,
ISOKOVA M.DZH., ISROFILOV M.O.

Department of Neurology and Medical Genetics of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Aim. To analyze the clinical features of inflammatory-demyelinating polyneuropathy in children.

Material and Methods. A prospective (n = 4) analysis of patients with chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP) was carried out. The age of the disease onset is from 5 to 15 years (on average, 10,5 years). All patients underwent laboratory and instrumental research methods (general analysis of blood, urine and feces, ENMG, ultrasound, MRI, LP). Specialized scale research methods were used to determine the degree of paresis and muscle strength.

Results. Late admission of patients to the hospital (4-8 weeks after the onset of clinical symptoms) is noted. During the electroneuromyographic study, all patients showed generalized changes in the form of a decrease in the rate of propagation of excitation along the motor and sensory fibers of the demyelinating type, which was the main diagnostic criterion.

Conclusion. According to international recommendations and data obtained, intravenous immunoglobulins (IVIg) and corticosteroids (CS) do not differ in their effectiveness. Their appointment depends on the expected complications and the doctor's experience, as well as financial capabilities. Their appointment depends on the expected complications and the doctor's experience, as well as financial capabilities.

Key words: polyneuropathy, chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, paraparesis, cerebrospinal fluid, electroneuromyography

Актуальность

Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (ХВДП) – медленно прогрессирующее иммуноопосредованное заболевание, развивающееся за период более 8 недель, характеризующееся преимущественно симметричной проксимальной и дистальной слабостью конечностей, арефлексией и белково-клеточной диссоциацией в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) [1].

Термин «хроническая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия» был предложен в 1975 г. Peter Dyck и его коллегами, хотя клинические проявления подобного заболевания были описаны Eichhorst уже в 1890 г., а позднее Henrikson в 1956 г. и Austin в 1958 г. [2]. Распространенность ХВДП у детей значительно ниже, чем у взрослых: частота встречаемости в популяции старше 20 лет составляет 1-1,9 случая на 100 000 населения, в то время как в популяции младше 20 лет – около 0,48 [3, 5, 7]. Исходя из этого, данные, касающиеся течения ХВДП у детей, прогноза и эффективности различных методов лечения, немногочисленны [4, 6]. По случаям возрастного распределения анализа встречаемость ХВДП получены следующие данные: в японской популяции в группе от 0 до 15 лет – 0,06, в возрасте 15-55 лет – 0,4 и среди лиц 55 лет и старше – 0,73 на 100 тыс. [1]. В другом исследовании в возрастной группе 0-9 лет получены более высокие цифры – 0,23 на 100 тыс., а в группе 10-19 лет – 0,48 [7]. Имеются данные описания случая конгенитальной и неонатальной ХВДП.

Цель исследования

Проанализировать клинические особенности воспалительно-демиелинизирующей полиневропатии у детей.

Материал и методы исследования

В основу статьи положен проспективный анализ 4 случаев ХВДП у детей (все мальчики) в возрасте от 5 до 17 лет с продолжительностью наблюдения от 3 до 6 лет. Диагноз ХВДП устанавливался в Национальном медицинском центре «Шифобахш» РТ, там же проводилось начальное лечение; в последующем все пациенты в разные периоды госпитализировались в отделение интенсивной терапии и реабилитации.

У 2 пациентов дебют болезни пришелся на первое десятилетие жизни (5 и 10 лет), в остальных 2 случаях – на возраст 11-15 лет.

У 2 пациентов, как уже было отмечено, для постановки диагноза, потребовалось больше времени (12 и 9 месяцев от начала первых симптомов).

Всем больным по мере установления диагноза ХВДП в качестве начального лечения назначались кортикостероиды (КС). Между курсами кортикостероидов на разных этапах назначали внутривенно иммуноглобулин (ВВИГ) и плазмаферез (ПФ). Лечение и дозы препарата внутривенного иммуноглобулина зависят от тяжести заболевания.

Процедуры проводились в палате интенсивной терапии и реанимации неврологического отделения под наблюдением врача-реаниматолога. Плазмаферез выполнялся специалистами «Центра инновационной хирургии и трансплантологии». Процедуру проводили от 1 до 4 раз, в зависимости от состояния каждого пациента индивидуально.

Эффективность от лечения КС, ВВИГ и ПФ, а также их комбинаций зависела от того, на каком сроке болезни было начато лечение.

Результаты и их обсуждение.

ХВДП в начале заболевания протекает бессимптомно, что может продолжаться в течение нескольких недель или месяцев. Иногда наблюдалось бурное развитие симптомов (табл.). Наиболее распространенной жалобой родителей детей с ХВДП было затруднение и нарушение походки, которые приводили к частому падению больных. Эти жалобы были тесно связаны с нарушением двигательной иннервации проксимальных, а также дистальных отделов мышц конечностей, нарушения чувствительной функции были менее выражены (табл.). Среди обследованных нами больных, кроме частых падений, также наблюдались такие симптомы, как тремор пальцев рук, нарушение походки, атаксии и слабость мышц верхней и нижней конечностей. В большинстве случаев сухожильные рефлексy у пациентов были снижены, а иногда и отсутствовали. Также больные жаловались на нарушение чувствительности в виде парестезии и дизестезии по полиневротическому типу.

Нарушения дыхательной функции, вегетативной нервной системы и поражения черепно-мозговых нервов не являются основными при постановке диагноза у детей, но, тем не менее, в нашем исследовании одна больная жаловалась на косоглазие и двоение, что может являться нарушением иннервации глазодвигательных мышц. Хотя у детей заболевание начинается медленно, в 16% случаев наблюдалось его бурное и быстрое развитие, как и у взрослых, поэтому возникали трудности в дифференциальной диагностике с синдромом Гийена-Барра.

Таблица 1

Клиническая характеристика ХВДП у обследуемых детей

Признак	Пациент 1	Пациент 2	Пациент 3	Пациент 4
Пол	Мужской	Женский	Женской	Женский
Возраст дебюта	11 лет	10 лет	5 лет	17 лет
Предшествующая ОРВИ	+	-	+	+
Продолжительность заболевания до начала патогенетической терапии	3 месяца	5 месяцев	1 месяц	6 месяцев
Степень парапареза в нижних конечностях до начала лечения	Умеренный	Выраженный/ Плегия	Умеренный	Умеренный
Степень парапареза в верхних конечностях до начала лечения	Легкий	Умеренный	Легкий	Легкий
Чувствительные нарушения	+	+	-	-
Белково-клеточная диссоциация в СМЖ	Обследование не проводилось	+	+	+
Проводимая терапия	ГКС в/в курс ГКС per os 3 мес ПФ - 1 курс ВВИГ - 1 курс	ГКС в/в 1 курс ГКС per os 6 мес ПФ - 1 курса ВВИГ - 1 курс ПКИГ - 3 мес	ГКС в/в 3 курс ГКС per os 2 мес ПФ - 2 курса ВВИГ - 1 курс ПКИГ - 6 мес	ГКС в/в – 1 курс ПФ - 1 курс ПКИГ - 3 мес
Продолжительность заболевания	4 года	11 месяцев	2,5 года	10 месяцев
Количество обострений	4	1	4	1
Продолжительность ремиссии	21 месяц (безмедикаментозной терапии)	3 месяца (ГКС+ПКИГ)	11 месяцев (медикам), из них 6 - ГКС+ПКИГ 5 - ГКС	Недостаточно времени для оценки
Степень восстановления	Полное	Неполное	Неполное	Полное

Появление слабости мимической мускулатуры и мышц грудной клетки, появление болевых симптомов и нарушений вегетативной нервной системы трактуется в пользу острой воспалительной демиелизирующей полиневропатии (ОВДП). Однако, по нашим данным, можно отметить, что применение кортикостероидов не только неэффективно при ОВДП, но и удлиняет процесс реабилитации и может привести к инвалидизации больных, что является отличительной чертой от лечения при ХВДП.

На первом примере после осмотра и сбора анамнеза одному больному назначен

препарат актовегин, который не влияет на патогенетические механизмы ХВДП, однако его положительный эффект был связан со спонтанной ремиссией болезни. В результате этого постановка правильного диагноза была упущена на несколько месяцев.

Другому пациенту был поставлен диагноз ОВДП, с целью лечения назначен глюкокортикостероид метипред, который, согласно клиническим протоколам лечения, является некорректным в связи с его неэффективностью. Но, несмотря на это, был достигнут положительный эффект, что должно было насторожить врача в пользу ХВДП с острым

началом. Поэтому в случаях поражения периферических нервов конечностей первично демиелизирующего характера, когда симптомы схожи с другими заболеваниями, постановка диагноза вызывает затруднения у врачей в плане дифференциальной диагностики.

Наследственные заболевания отличаются от ХВДП тем, что клинические симптомы при них сохраняются долго, протекают с ремиссиями, что связано с правильно подобранной терапией. При правильно проводимом регулярном осмотре больных с наследственными заболеваниями и повторно проводимой электронейромиографии (ЭНМГ) можно своевременно отдифференцировать их от ХВДП.

Имеется ряд статей, в которых авторы дифференцируют и выделяют ряд отличительных симптомов между ОВДП и ХВДП, но прогрессирование процесса и ухудшение состояния больных свыше 2-х месяцев может свидетельствовать в пользу хронического процесса. Для ОВДП, как уже было отмечено, характерно быстрое нарастание симптоматики, монофазное течение и иногда заболевание имеет относительно благоприятный прогноз. При ХВДП после 1-2 месяцев наблюдения, несмотря на проводимую терапию, состояние больных обычно не стабилизируется или лишь временно улучшается. Для отличия ОВДП от

ХВДП можно провести ЭНМГ конечностей игольчатыми электродами, деиннервационная активность может свидетельствовать о наличии ХВДП и исключить острый характер поражения. В некоторых трудных случаях, когда затруднительно отличить ОВДП от ХВДП, рекомендована биопсия нерва с целью обнаружения признаков демиелинизации или воспаления нервных волокон. Когда в биоптате выявляются амилоидные скопления, отмечается накопление атипичного материала в Шванновских клетках или признаки васкулита, необходимо исключить ХВДП.

Заключение

Таким образом, проанализировав наши наблюдения клинической симптоматики и эффективность проводимой терапии согласно международным рекомендациям, выявлено, что имеются определенные трудности при дифференциальной диагностике ОВДП и ХВДП. Применение ВВИГ/ПКИГ и КС для лечения ХВДП не отличается по эффективности, скорее всего, их выбор зависит от предполагаемых осложнений и опыта врача. Не рекомендуется проводить терапию ХВДП у детей дексаметазоном, при лечении преднизолоном рекомендуется постепенное снижение его дозы во избежание частых обострений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Пирадов М.А., Супонева Н.А. Синдром Гийена-Барре: диагностика и лечение.- М.: МЕДпресс, 2015.- 208 с.
2. Супонева Н.А., Никитин С.С., Пирадов М.А. и др. Синдром Гийена-Барре и хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия с острым началом: проблемы дифференциальной диагностики. // Клиническая неврология.- 2015.- № 2.- С.30-35.
3. Супонева Н.А., Никитин С.С., Пирадов М.А., Меркулова Д.М. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия с острым началом и дыхательной недостаточностью // Академия неврологии и инсульта. Альманах.- 2018.- № 2. - С. 127-135.
4. Albers J.W. et al. Research criteria for diagnosis of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy // Neurology.- 2015.- №1.- P.617-8.
5. Likasitwattanukul S., Visrutaratna P. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy in a child: clinical-spinal MR imaging correlation. // Med J.- 2015.- Vol. 45(11).- P. 536-537.

REFERENCES

1. Piradov M. A., Suponeva N. A. *Sindrom Giyena-Barre: diagnostika i lechenie* [Guillain-Barré syndrome: diagnosis and treatment]. Moscow, MEDpress Publ., 2015; 208.
2. Suponeva N. A., Nikitin S. S., Piradov M. A., Sindrom Giyena-Barre i khronicheskaya vospalitel'naya demieliniziruyushchaya polinevropatiya s ostrym nachalom: problemy differentsialnoy diagnostiki [Guillain-Barré syndrome and chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy with acute onset: problems of differential diagnosis]. *Klinicheskaya Nevrologiya. [Clinical Neurology]*. 2015; 2: 30-35.
3. Suponeva N. A., Nikitin S. S., Piradov M. A., Merkulova D. M. *Xronicheskaya vospalitel'naya demieliniziruyushchaya polinevropatiya s ostrym nachalom i dykhatel'noy nedostatochnostyu* [Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy with acute onset and respiratory failure]. *Akademiya Nevrologii i Insulta. Almanakh. [Academy of Neurology and Stroke. Almanac]*. 2018; 2: 127-135.
4. Albers J. W., Research criteria for diagnosis of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Neurology*. 2015; 1: 617-8.
5. Likasitwattanukul S., Visrutaratna P. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy in a child: clinical-spinal MR imaging correlation. *Med J*. 2015; 45(11): 536-537.

6. Nevo Y. Childhood chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy // Eur J Paediatr Neurol.- 2014.- №2(4).- P.169-77.

7. Said G. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy // Neuromuscular Disorders.- 2017.- Vol. 16(5).- P. 293-303.

6. Nevo Y. Childhood chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. Eur J Paediatr Neurol. 2014; 2(4): 169-77.

7. Said G. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. Neuromuscular Disorders. 2017; 16(5): 293-303.

Сведения об авторах:

Ганиева Манижа Тимуровна – зав. кафедрой неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; тел.: (+992) 918 66 85 95; e-mail: ganieva.manizha79@mail.ru

Исрофилов Максуд Облобердиевич – ассистент кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; тел.: (+992) 93 535 00 55; e-mail: isrofilov.maksud@mail.ru

Исокова Мухайё Джурабоевна – старший преподаватель кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992) 907 74 69 29; e-mail: isokova.m72@mail.ru

Фирузаи Искандари – докторант Phd кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992) 904 44 75 75; e-mail: firuza.iskandari94@mail.ru

Information about authors:

Ganieva Manizha Timurovna – Head of the Department of Department of Neurology and Medical Genetics of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University», Candidate of Medical Sciences; tel.: (+992) 918 66 85 95; e-mail: ganieva.manizha79@mail.ru

Isrofilov Maksud Obloberdievich – Assistant at the Department of Department of Neurology and Medical Genetics of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University», Candidate of Medical Sciences; tel.: (+992) 93 535 00 55; e-mail: isrofilov.maksud@mail.ru

Isokova Mukhaye Dzhuraboevna – Senior Lecturer at the Department of Neurology and Medical Genetics of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»; tel.: (+992) 907 74 69 29; e-mail: isokova.m72@mail.ru

Firuzai Iskandari – PhD student of the Department of Neurology and Medical Genetics of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»; tel.: (+992) 904 44 75 75; e-mail: firuza.iskandari94@mail.ru

ХУСУСИЯТҲОИ ХОСИ ТАШҲИС ВА ТАБОБАТИ ПОЛИНЕВРОПАТИЯИ ИЛТИҲОБӢ - ДЕМИЕЛИНИКӢ ДАР КӢДАКОН

ҒАНИЕВА М.Т., ФИРӢЗАИ И., ИСОҚОВА М.Ч., ИСРОФИЛОВ М.О.

Кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои генетикаи тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мақсади тадқиқот. таҳлил намудани хусусиятҳои клиникаи полиневропатияи илтиҳобӣ-демиелитикӣ дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳо. Тахлили проспективии 4 бемор бо таъхиси полиневропатияи илтиҳоби демиелинитики гузаронида шуд. Синну соли пайдоиши беморӣ аз 5 то 15 соларо дар бар мегирифт (синни миёна - 10,5 сола). Ба ҳамаи кӯдакон тибқи протоколи таъбиқоти таҳлилҳои лабораторӣ, аз қабилӣ: таҳлили умумии хун, пешоб, фузла, электронейромиография, таҳлили фаросадо, томографияи магнитнӣ-резонансӣ ва нештарзании люмбали гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Бистаришавии дерӣ беморон ба беморхона, пас аз 4-8 ҳафтаи пайдоиши аломатҳои клиникӣ ба назар мерасад. Дар ҳамаи беморон дар рафти таҳқиқоти электронейромиографӣ тағйироти умумӣ дар шакли қоҳиш ёфтани суръати паҳншавии ҳаяҷон дар баробари нахҳои ҳиссиётӣ ва ҳиссии нағзи демиелинатсия, ки меъёри асосии таъхис буд, ошкор карда шуд.

Хулоса. Мувофиқи тавсияҳои байналмилалӣ ва маълумоте, ки мо ба даст овардаем, воридкунии дохилваридии сузандорӣ иммуноглобулинҳо (ВДСИ) ва кортикостероидҳо (КС) аз рӯи таъсири фарқ намекунад, таъиноти онҳо аз аворизҳо ва таҷрибаи духтур, инчунин имкониятҳои молиявӣ вобаста аст. Дар сурати нокифоя будани таъсири ВДСИ, КС ё омезиши ВДСИ +КС, инкишофи таъсири манфии онҳо аз КС (синдроми Кушинг, диабетӣ қанд ва ғайра) сари вақт таъин кардани доруҳои самти 2 талаб карда мешавад.

Калимаҳои асосӣ: полиневропатия, полиневропатияи музмини демиелинитикӣ, парепарез, моеъи мағзи сар

УДК 616.53-002. 282-07

К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОЙ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РОЗАЦЕА В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

¹ИСАЕВА М.С., ²АБДУХАМИДОВА З.А.,
³АБДУЛЛАЕВ С.М., ⁴МИРЗОЕВА М.Т.

¹Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Ассоциация дерматовенерологов Республики Таджикистан

³Центральная научно-исследовательская лаборатория ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

⁴ГУ «Медицинский центр исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан»

Цель исследования. Дать оценку клинической и патоморфологической диагностике розацеа.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 50 пациентов. Мужчин было 19 (38%), женщин – 31 (62,0%), средний возраст 42,2±1,0 лет.

Диагноз выставлялся на основании клинических данных и результатов патоморфологических исследований. Микропрепараты изучали под микроскопом Olimpus CX-21 при разных увеличениях камерой Digitaе Microscope Camera Spesification MC-DO 48 U (E).

Результаты. На основании клинических данных у 6 (12%) пациентов диагностирована эритематозная розацеа, у 16 (32%) – эритематозно-папулёзная, у 28 (56,0%) – папуло-пустулёзная.

При патоморфологическом исследовании у всех пациентов наблюдали значительные изменения сосудистого аппарата кожи, эпителиоидных фолликулов волос и волокнистых субстанций. Интенсивность этих изменений зависела от клинических форм розацеа.

Заключение. Розацеа у жителей жаркого климата протекает более остро, чаще наблюдается папуло-пустулёзная форма (56,0%). Морфологический метод диагностики технически прост в исполнении, информативен, позволяет диагностировать все клинические формы дерматоза.

Ключевые слова: розацеа, клиническая и морфологическая диагностика

ON THE ISSUE OF CLINICAL AND PATOMORPHOLOGICAL DIAGNOSIS OF ROSACEA IN HOT CLIMATES

¹ISAEVA M.S., ²ABDUKHAMIDOVA Z.A.,
³ABDULLAEV S.M., ⁴MIRZOEVA M.T.

¹Department of Dermatovenereology of the State Educational Establishment Avicenna Tajik State Medical University

²Association of Dermatovenereologists of the Republic of Tajikistan

³Central Scientific Research Laboratory of the State Educational Establishment Avicenna Tajik State Medical University

⁴State Establishment "Medical Center at the Executive Office of the President of the Republic of Tajikistan"

Aim. To assess the clinical and pathomorphological diagnosis of rosacea.

Material and methods. There were 50 patients under observation. There were 19 men (38,0%) and 31 women (62,0%), average age 42,2±1,0 years.

The diagnosis was made based on clinical data and the results of pathomorphological studies. The slides were studied under the Olimpus CX-21 microscope and different magnifications of the Digital Microscope Camera Specification MC-DO 48 U (E).

Results. Based on clinical data, 6 (12,0%) patients were diagnosed with erythematous rosacea, 16 (32,0%) with erythematous-papular and 28 (56,0%) with papulopustular.

During the pathomorphological examination, all patients showed significant changes in the skin vascular apparatus, epithelioid hair follicles and fibrous substances. The intensity of these changes depended on the clinical forms of rosacea.

Conclusion. Population in countries with the hot climate have more acute form of rosacea, papulo-pustular (56,0%) is often observed. The morphological diagnostic method is technically simple to perform, informative, and allows diagnosing all clinical forms of dermatosis.

Key words: rosacea, clinical and morphological diagnostics

Актуальность

Розацеа (Acne rosacea) - хроническое, рецидивирующее заболевание, как правило, кожи лица, имеющее полиэтиологическую природу. Розацеа является одной из актуальных проблем современной дерматологии. Её распространённость среди дерматозов составляет около 5% [1, 2]. Среди больных розацеа преобладают женщины. Заболевание начинается обычно на третьем и четвёртом десятилетиях и достигает расцвета между 40 и 50 годами. Встречается дерматоз у всех рас, но преимущественно у светлокотых. На сегодня используют профессиональный термин «розацеа» (от латинского rosaceus - розовый), применяемое ранее название патологии «розовые угри» не соответствует истинной морфологической сущности дерматоза [2, 3].

Несмотря на обилие работ отечественных и зарубежных исследователей [4, 5, 6], многие стороны клиники и патогенеза данного дерматоза до конца не выяснены. По настоящее время не изучены особенности клиники и течения розацеа в условиях жаркого климата, нет чётких представлений о патоморфологических изменениях при розацеа.

Цель исследования

Дать оценку клинической и патоморфологической диагностике розацеа.

Материал и методы исследования

Под наблюдением кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» находилось 50 пациентов с розацеа в возрасте от 18 до 65 лет. Средний возраст больных составил $42,2 \pm 1,0$ лет. Мужчин было 19 (38%), женщин – 31 (62,0%).

Всем пациентам проводили визуальную диагностику на основании клинических проявлений дерматоза. Предварительно осуществляли подробный сбор анамнеза заболевания, выясняли влияние экзогенных и эндогенных факторов, продолжительность болезни, наличие субъективных ощущений. Обращалось внимание на локализацию очагов поражения, характер высыпаний, интенсивность их проявлений. Далее выполняли патоморфологическое исследование на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино с целью верификации диагноза. Для морфологического исследования с очагов брали кусочки кожи размером 1 мм². Кусочки ткани с бирками помещали в марлевые мешочки и опускали в 10% раствор нейтрального формалина. После проводки спиртом восходящих концентраций зафиксированный материал заливали

в парафиновые блоки. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином, эозином и пикрофуксином по Ван Гизону. Для оценки результатов патоморфологических исследований использовали систему компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящую из светооптического микроскопа. Микропрепараты изучали под микроскопом Olympus CX-21 при разных увеличениях камерой Digita MicroScope Camera Specification MC-DO 48 U(E).

Результаты и их обсуждение.

Из 50 наблюдаемых больных у 6 (12%) на основании клинических данных диагностирована эритематозная розацеа, у 16 (32,0%) - эритематозно-папулезная, у 28 (56,0%) - папуло-пустулёзная.

У больных с эритематозной формой розацеа - 6 (12%) - очаги носили распространенный характер и локализовались на коже лба переносицы, носа, щёк, подбородка и периорбитальных областей. Клинически в очагах наблюдалась эритема розово-красного цвета, отечность, множество ветвистых капиллярных телеангиоэктазий красного или синюшно-красного цвета и единичные папулы розово-красного цвета диаметром 1-3 мм (рис. 1).

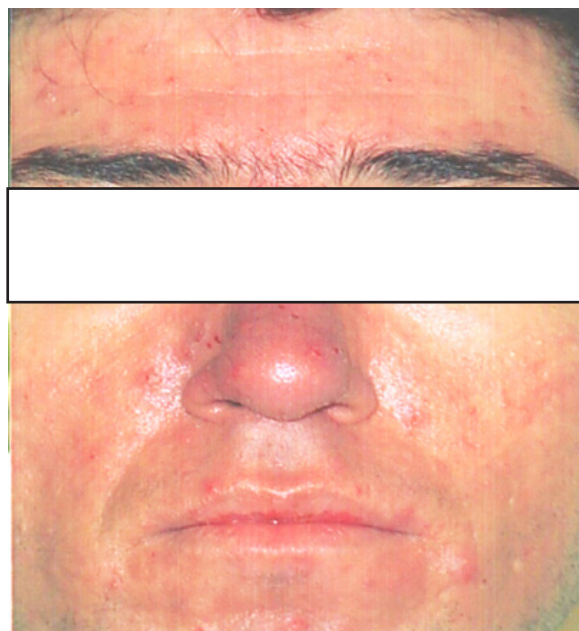


Рис. 1. Эритематозная форма розацеа

Больные обострение заболевания связывали с приёмом горячей пищи, алкоголя, острой пищи и инсоляцией. Субъективно больных беспокоило чувство жжения, жара и зуд. При патоморфологическом исследовании наблюдали значительные изменения сосудистого аппарата, эпителиальных

фолликулов волос и волокнистых структур. Отмечалось резкое расширение сосудов, утолщение их стенок. Коллагеновые волокна были гомогенизированы, эпителиальные фолликулы волос атрофичны с роговыми пробками в устьях.

У больных с эритематозно-папулёзной розацеа - 16 (32,0%) - дерматоз протекал остро, очаги локализовались на коже лба, щёк, носа, подбородка, периорбитальных областей и шеи. Клинически отмечалась выраженная эритема, отёчность, множество тонких и широких переплетающихся телеангиоэктазий. На этом фоне имелось множество розово-красных папул диаметром 2-3 мм, округлых очертаний, плотноватой консистенции. При локализации очагов в периорбитальных областях отмечался выраженный отёк, глазные щели были сужены.

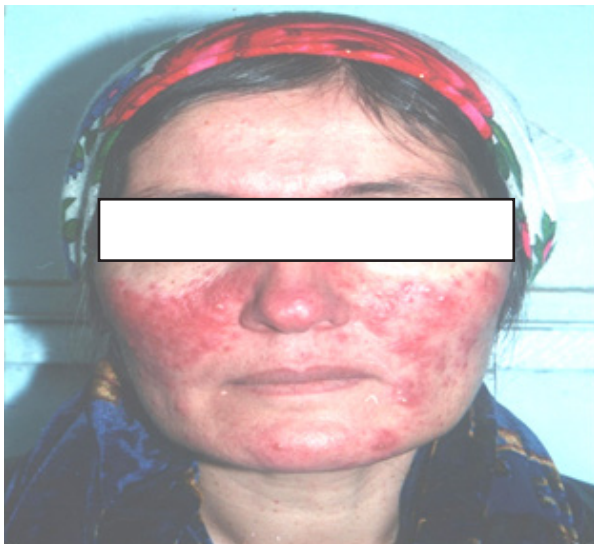


Рис. 2. Эритематозно-папулёзная форма

Субъективно больных беспокоил зуд, жжение. Гистологически при этой форме розацеа также отмечалось резкое расширение сосудов, утолщение их стенок, коллагеновые волокна гомогенизированы, наблюдались очаговые инфильтрации лимфоцитогитарного характера, с образованием гранулематозных структур, состоящих из эпителиоидных элементов и гигантских клеток Пирогова-Лангханса.

У больных папуло-пустулёзной формой розацеа - 28 (56,0%) - клинически эритема и отёчность были более выражены, на этом

фоне имелось большое количество папул и пустул диаметром 2-5 мм, склонных к группированию. На их поверхности отмечалось скудное шелушение, гнойные или кровянисто-гнойные корочки. При локализации очагов в периорбитальных областях и веках глазные щели были сужены. У ряда больных высыпания отмечались на коже передней и боковых поверхностях шеи и груди.



Рис. 3. Папуло-пустулёзная форма розацеа

При патогистологическом исследовании определялись дилатированные сосуды с утолщением стенок. В дерме - выраженная дегенерация коллагеновых и эластических волокон. Наблюдался спонгиоз фолликулярной воронки и интенсивная воспалительная реакция, которая проявлялась массивной инфильтрацией дермы лимфоцитами с примесью нейтрофильных лейкоцитов, плазматических и гигантских клеток. В эпидермисе наблюдались явления паракератоза, гиперкератоза или атрофии.

Заключение

Результаты клинической диагностики показали, что розацеа у жителей жаркого климата протекает остро и носит распространённый характер, чаще регистрируется тяжёлая папуло-пустулёзная форма (56,7%). Морфологический метод диагностики также позволяет диагностировать все клинические формы розацеа, технически прост в исполнении, информативен.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Bostanci O., Borelli C., Schaller Martin. Treatment of extrafacial rosacea with low dose isotretinoin // Acta

REFERENCES

1. Bostanci O., Borelli C., Schaller Martin. Treatment of extrafacial rosacea with low dose isotretinoin. Acta

dermato-venereologica.- 2016.- Vol. 90(4).- P. 409 -410.

2. Del Rosso J.Q., Gallo R.L., Tanghetti E., Webster G., Thiboutot D. An evaluation of potential correlations between pathophysiologic mechanisms, clinical manifestations, and management of rosacea // *Cutis*.- 2015.- Vol. 91(Suppl. 3).- P. 1-8

3. Elewsky B., Draelos Z., Dreno B. Rosacea – global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group // *JEADV*.- 2015.- Vol. 25.- P. 188-200

4. Kligman A.M. Corneobiology and Corneotherapy a final chapter. // *International Journal of Cosmetic Science*.- 2017.- Vol. 33.- P. 197-209

5. Rademaker M. Isotretinoin: dose, duration and relapse. What does 30 years of usage tell us? // *Australas J Dermatol*.- 2015.- Vol. 54(3).- P. 157-162.

Dermato-Venereologica. 2016; 90(4): 409 -410.

2. Del Rosso J.Q., Gallo R.L., Tanghetti E., Webster G., Thiboutot D. An evaluation of potential correlations between pathophysiologic mechanisms, clinical manifestations, and management of rosacea. *Cutis*. 2015; 91(3): 1-8.

3. Elewsky B., Draelos Z., Dreno B. Rosacea – global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group. *JEADV*. 2015; 25: 188-200.

4. Kligman A.M. Corneobiology and Corneotherapy a final chapter. *International Journal of Cosmetic Science*. 2017; 33: 197-209.

5. Rademaker M. Isotretinoin: dose, duration and relapse. What does 30 years of usage tell us? *Australas J Dermatol*. 2015; 54(3): 157-162.

Сведения об авторах:

Исаева Мавджда Сироджидиновна – профессор кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.; тел.: (+992) 907 80 92 60; e-mail: zulpiniso@mail.ru

Абдухамидова Зульфия Абдулаевна – ассоциация дерматовенерологов и косметологов РТ, к.м.н.; тел: (+992) 907 80 22 99; e-mail: zulpiniso@mail.ru

Абдуллоев Саидхон Муртазоевич – старший научный сотрудник Центральной научно-исследовательской лаборатории ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992) 987 99 00 50

Мирзоева Мунира Тахировна – врач-дерматовенеролог ГУ «Медицинский центр исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан», к.м.н.; тел.: (+992) 93 589 14 77; e-mail muniramirzoeva@gmail.com

Information about authors:

Isaeva Mavdzhuda Sirodzhidinovna – Professor at the Department of Dermatovenerology of the Avicenna Tajik State Medical University, Doctor of Medical Sciences; tel.: (+992) 907 80 92 60; e-mail: zulpiniso@mail.ru

Abdukhamidova Zulfiya Abdulaevna – Association of Dermatovenereologists and Cosmetologists of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences; tel: (+992) 907 80 22 99; e-mail: zulpiniso@mail.ru

Abdullov Saidkhon Murtazoevich – Senior Research Officer Central Scientific Research Laboratory of the State Educational Establishment Avicenna Tajik State Medical University; tel.: (+992) 987 99 00 50

Mirzoeva Munira Takhirovna – Dermatovenerologist at the State Establishment "Medical Center at the Executive Office of the President of the Republic of Tajikistan", Candidate of Medical Sciences; tel: (+992) 93 589 14 77; e-mail muniramirzoeva@gmail.com

ОИД БА МАСЪАЛАИ ТАШХИСИ КЛИНИКӢ ВА ПАТОМОРФОЛОГИИ
РОЗАТСЕЯ ДАР ШАРОИТИ ИҚЛИМИ ГАРМ

¹ИСОЕВА М.С., ²АБДУҲАМИДОВА З.А., ³АБДУЛЛАЕВ С.М., ⁴МИРЗОЕВА М.Т.

¹Кафедраи дерматовенерологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

²Ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои ҶТ

³Лабораторияи марказии илмӣ-тадқиқотии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

⁴МД «Маркази тиббии Дастгоҳи иҷроияи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Арзёбии ташхиси клиникӣ ва патоморфологияи розатсея.

Мавод ва усулҳо. 50 бемори синну соли $42,2 \pm 1,0$, ки аз онҳо 19 нафар мард (38%) ва 31 нафараи зан (62,0%) буданд, таҳти назорат қарор доштанд. Ташхиси беморон дар асоси маълумотҳои клиникӣ ва натиҷаҳои таҳқиқоти патоморфологӣ гузаронида шуд. Микропрепаратҳо зери микроскопи Olimpus CX-21 бо бузургиҳои гуногуни камераи Digital Microscope Camera Specification MC-DO 48 U (E) омухта шуданд.

Натиҷаҳо. Дар асоси нишонаҳои клиникӣ ба 6 (12%) бемор ташхиси розатсеяи эритематозӣ, 16 (32%) эритематозӣ-папулярӣ ва 28 (56,0%) папулопустулярӣ дода шуд.

Ҳангоми таҳлили патоморфологӣ ҳамаи беморон тағйироти назаррасро дар рағҳои пӯст, фолликулаҳои мӯй, эпителиоид ва моддаҳои нахдор нишон доданд. Шиддати ин тағйиротҳо ба шаклҳои клиникӣ розатсея вобаста буд.

Хулоса. Розатсея дар сокинони иқлими гарм шадидтар мегузарад, шакли папуло-пустулярӣ бештар ба назар мерасад (56,0%). Усули ташхиси морфологӣ аз ҷиҳати техникӣ содда ва иттилоотӣ мебошад, ки имкон ташхиси ҳама шаклҳои клиникӣ дерматозро фароҳам меорад.

Калимаҳои асосӣ: розатсея, ташхиси клиникӣ ва морфологӣ

УДК 616-005.1-08-053.3; 618.33-002.07

СОСТОЯНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

ИСМОИЛОВ К.И., МУЗАФФАРОВ Ш.С.

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

Цель исследования. Изучить состояние электролитного баланса у новорожденных детей при внутриутробной инфекции (ВУИ).

Материал и методы. Обследованы 50 новорождённых детей в возрасте от 3 до 28 дней жизни. Группу сравнения составили 20 здоровых новорожденных.

Содержание ионов натрия (Na^+), кальция (Ca^{2+}) и неорганического фосфора (P^-) в сыворотке крови определяли энзиматическим колориметрическим, количество калия в сыворотке крови - турбодиметрическим методами на биохимическом анализаторе с использованием коммерческих наборов фирмы ЗАО "Vital Development Corporation" (Россия).

Результаты. У детей с тяжёлым течением ВУИ выявлено увеличение концентрации ионов Na^+ ($149,7 \pm 1,9$ ммоль/л), по сравнению с контрольной группой ($145,2 \pm 2,0$ ммоль/л; $p < 0,01$). Содержание K^+ имело тенденцию к снижению ($3,1 \pm 0,9$ ммоль/л), по сравнению со здоровыми новорождёнными ($4,2 \pm 1,8$ ммоль/л; $p < 0,01$). Концентрации Ca^{2+} ($1,9 \pm 0,2$ ммоль/л) и неорганического фосфора ($1,1 \pm 0,2$ ммоль/л) у детей с тяжелой формой TORCH-инфекции были снижены ($p > 0,05$), в сравнении с группой контроля ($2,15 \pm 0,5$ ммоль/л и $1,1 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно). Эти проявления свидетельствуют о дисбалансе натрия, калия, кальция и фосфора у детей при ВУИ. У детей с очень тяжёлым течением ВУИ выявлено существенное повышение концентрации ионов Na^+ в сыворотке крови ($p < 0,05$) против выраженного снижения концентрации ионов K^+ ($p < 0,01$) и явной тенденции к снижению содержания ионов Ca^{2+} и неорганического фосфора ($p < 0,01$).

Заключение. Электролитный баланс при острых и бурных течениях внутриутробных инфекций претерпевает существенные изменения в виде выраженной гипернатриемии, гипокалиемии и гиперкальциемии, что указывает на активацию компенсаторных механизмов организма новорождённых и изменения клеточного микроэлементного обмена у этих детей.

Ключевые слова: гомеостаз, внутриутробные инфекции, электролиты

THE CONDITIOIN OF ELECTROLYTIC BALANCE IN NEWBORN WITH INTRAUTERINE INFECTION

MUZAFFAROV SH.S., ISMOILOV K.I.

Department of Pediatric Diseases №2 of the State Educational Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

Aim. To study the state of electrolyte balance in newborns with intrauterine infection.

Material and Methods. 50 newborns, aged from 3 to 28 days of life were examined. The comparison group consisted of 20 healthy newborns.

The content of sodium (Na^+), calcium (Ca^+) and inorganic phosphorus (P^-) ions in the blood serum was determined by enzymatic colorimetric methods, and the amount of potassium in the blood serum was determined by turbodimetric methods on a biochemical analyzer using commercial kits from Vital Development Corporation JSC (Russia).

Results. In children with severe IUI revealed a slight increase in the concentration of Na^+ ions ($149,7 \pm 1,9$) compared with the control group ($145,2 \pm 2,0$; $p < 0,01$). The content of K^+ ions had a tendency to decrease ($3,1 \pm 0,9$ mmol/l) compared to healthy newborns ($4,2 \pm 1,8$ mmol/l; $p < 0,01$). The concentration of Ca^{2+} ($1,9 \pm 0,2$) and inorganic phosphorus ($1,1 \pm 0,2$) in children with severe TORCH infection was reduced ($p > 0,05$) in comparison with the control group ($2,15 \pm 0,5$ mmol/l and $1,1 \pm 0,2$ mmol/l, respectively). These manifestations indicate an imbalance of sodium, potassium, calcium and phosphorus in children with IUI. In children with a very severe course of IUI, a significant increase in the concentration of Na^+ ions in the blood serum ($p < 0,05$) was revealed against a pronounced decrease in the concentration of K^+ ions ($p < 0,01$) and a clear tendency to decrease in the content of Ca^{2+} ions and inorganic phosphorus ($p < 0,01$).

Conclusion. Electrolyte balance in acute and violent intrauterine infections undergoes significant changes, in the form of pronounced hypernatremia, hypokalemia and hypercalcemia, which indicates the activation of compensatory mechanisms of the body of newborns and changes in cellular trace element metabolism in these children.

Key words: homeostasis, intrauterine infections, electrolytes

Актуальность

Внутриутробная инфекция (ВУИ), или врождённая инфекция (ВИ), до сих пор остаётся спорной проблемой в неонатальной педиатрии. В последние годы отмечается неуклонный рост частоты внутриутробного инфицирования плода и новорождённого в пренатальном и перинатальном периодах, что связывают с увеличением числа рожениц с очагами острой и хронической инфекции [1, 2, 4, 5].

По данным исследований, посвященных внутриутробному инфицированию, преобладающими возбудителями врождённых инфекций считаются TORCH-инфекции. Термин «TORCH-инфекция» расшифровывается как токсоплазменная, краснушная, герпетическая, цитомегаловирусная и ряд других микробно-вирусных (дистериозная, микоплазменная, хламидио-уреаплазмозная, сифилитическая, ВИЧ, гепатит В) инфекций. Согласно данным официальных учреждений по медицинской статистике, в настоящее время врождённые инфекции значительно преобладают над другими гнойно-септическими заболеваниями у новорожденных [2, 3, 7].

Группу риска по развитию внутриутробного инфицирования плода составляют женщины, у которых отмечается отягощенность соматического, акушерско-гинекологического и инфекционного анамнеза с осложненным течением антенатального периода и родов [1, 2, 3, 5].

На фоне ВУИ у новорождённых и детей раннего возраста отмечается ряд синдромов, в результате которых в сложной системе гомеостаза развиваются множественные отклонения параметров крови, в том числе сдвиги в водно-электролитном обмене [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Диагностика инфекционно-воспалительных заболеваний в раннем сроке у доношенных и недоношенных новорождённых детей до сих пор имеет спорные вопросы, в связи с этим во всем мире разрабатываются современные методы исследования детей с ВУИ [1, 4, 5].

Несмотря на многочисленные методы исследования по диагностике и лечению внутриутробной инфекции, устоявшихся канонов перинатальной диагностики ВУИ в мире все ещё не существует, и многие аспекты этой важной проблемы, в том числе нару-

шения параметров электролитного состава у новорождённых при ВУИ, остаются мало изученными, что и указывает на необходимость проведения данного исследования.

Цель исследования

Изучить состояние электролитного баланса у новорожденных детей при внутриутробной инфекции.

Материал и методы исследования

Обследованы 50 новорождённых детей в возрасте от 3 до 28 дней жизни, госпитализированных в отделение патологии новорождённых Государственного учреждения «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”». Наблюдаемые нами дети находились на стационарном лечении с диагнозами: пневмония внутриутробного генеза, энтероколит вирусно-бактериальной этиологии, менингиты и менингоэнцефалиты, везикулопустулёз, пузырчатка новорожденных, пиелонефрит, конъюнктивит и фетальный гепатит.

В зависимости от степени выраженности клинических проявлений ВУИ все обследуемые дети были разделены на две группы. В первую группу вошли 24 (48,0%) недоношенных и доношенных новорождённых детей с тяжелым течением ВУИ. Вторая группа сформирована из 26 (52,0%) новорождённых детей с очень тяжёлым течением ВУИ. Контрольная группа состояла из 20 здоровых новорождённых с аналогичными возрастными антропометрическими показателями с отрицательными результатами анализов на ВУИ.

Нами проведены исследования анамнестических данных матерей и перинатального периода наблюдаемых новорождённых, включающие оценку физического развития, состояния здоровья новорождённых детей, осложнения, клинику и течение заболеваний. Оценка физического развития наблюдаемых новорождённых проводилась по сопоставлению с данными таблиц центильного типа Г.М. Деметьевой и Е.В. Короткой «Параметры физического развития новорождённых детей» (1980).

Для подтверждения наличия ВУИ в сыворотке крови новорождённых и их матерей определялись антигены и иммуноглобулины М и G к возбудителям TORCH-инфекции иммуноферментным методом на планшетном анализаторе «Stat Fax 2100» с использованием

диагностических тест-систем от ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия).

С целью оценки электролитного состава сыворотки крови венозная кровь забиралась из локтевой или подключичной вены в специальные вакуумные пробирки для биохимических исследований. Содержание ионов натрия (Na^+), кальция (Ca^+) и неорганического фосфора (P) в сыворотке крови определяли энзиматическим колориметрическим, а количество калия в сыворотке крови - турбидиметрическими методами на биохимическом анализаторе с использованием коммерческих наборов фирмы ЗАО "Vital Development Corporation" (Россия) в центральной лаборатории ГУ НМЦ РТ – «Шифобахш» (директор к.м.н. Шамсзода Х.А.).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью персональной компьютерной программы «Statistica» версия 10.0 (StatSoftIns., USA) и по программе Microsoft Excel 2010. При исследовании двух независимых групп для сравнения между собой использовали непараметрические критерии Манна-Уитни. Множественные сравнения независимых выборок проводили по H-критерию Крускала-Уоллиса. Различия показателей считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

По результатам анализов и анамнестических данных, матери наблюдаемых больных детей чаще имели различную хроническую соматическую патологию: самопроизвольные выкидыши (40,4%), частые обострения инфекций, передающихся половым путём (79,3%), гинекологические заболевания (эндометрит - 28,3%, сальпингоофорит - 34,9%, кольпит - 33,7%, аднексит - 40,9%), заболевания почек (пиелонефрит - 70,8%, гломерулонефрит - 13,3%, мочекаменная болезнь - 21,3%), заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит - 52,1%, гастроэнтероколит - 36,7%) и урогенитальную патологию в виде цистита (66,3%) и уретрита (54,7%). Во время анализа эпидемиологических данных на TORCH-инфекцию у матерей наблюдаемых новорождённых обнаружались диагностические титры цитомегаловирусной инфекции (98,3%), герпеса (79,6%), хламидиоза (54,3%), токсоплазма (61,5%) и микоплазменной инфекции (46,3%).

На ранних сроках текущей беременности у женщин наблюдались угрозы прерывания беременности (81,7%), ранние токсикозы (90,0%), воспалительные заболевания мочеполовых органов (72,9%) и симптоматическая артери-

альная гипертензия (51,3%). В конце 2-го и 3-го триместров у женщин имелись признаки умеренной (70,4%) и тяжелой преэклампсии (36,4%) в виде отёков на ногах (24,3%) и повышения артериального давления до критических цифр (17,4%), рвота (54,5%) и у 2-х женщин были приступы эклампсии (8%).

Все наблюдаемые дети поступили в отделение на 3-28 дне жизни. Из общего количества доношенных было 28 (56,0%), недоношенных - 22 (24,0%). Доношенные дети родились со сроком гестации 37-40 недель. У доношенных и недоношенных наблюдаемых новорождённых задержка внутриутробного развития (ЗВУР) по гипотрофическому типу отмечалась у 13 (26,0%), по гипопластическому типу - у 9 (18,0%) и диспластическому типу - у 6 (12%).

Среди наблюдаемых недоношенных новорождённых детей 4 (8,0%) родились со сроком гестации менее 28 недель, масса тела при рождении составляла 920 ± 190 г, длина тела - $33,9 \pm 2,8$ см. Со сроком гестации 28-34 недели родились 8 (16,0%) недоношенных новорождённых, средняя масса тела при рождении - 1380 ± 170 г, средняя длина тела - $37,9 \pm 1,4$ см. 11 (22,0%) недоношенных детей родились при сроке гестации 34-36 недель, у этих детей масса тела составляла $2140 \pm 260,4$ г, средняя длина тела - $43,7 \pm 2,3$ см.

От первой беременности были 23 (44,0%), от 2-й - 14 (28,0%), от 3-й и выше - 10 (20,0%) новорожденных детей. Оценку по шкале Апгар 6-7 баллов получили 15 (30,0%) новорождённых, 5-4 балла - 18 (36%) новорожденных и 1-3 балла - 11 (22,0%) новорожденных детей. Кардиореспираторная депрессия наблюдалась у 14 (28,0%) человек.

Клиника ВУИ у наблюдаемых больных детей первой и второй групп имела разнообразную симптоматику. Отмечалось беспокойство - в 34 случаях (68,0%), вялость - в 31 (63,0%), гиподинамия - в 17 (34,0%), постанывание - у 18 (35,0%), снижение сосательных рефлексов - у 27 (54,0%) детей, серо-бледный цвет кожи с мраморным оттенком и выраженной иктеричностью - в 25 (49,0%) случаях, повышение температуры тела до 39°C - у 15 (30,0%) пациентов, субфебрильная температура до $37,7^\circ\text{C}$ - в 26 (52,0%) случаях (рис. 1).

Физиологические рефлексы были снижены, но периодически отмечались судороги у 10,4%, судорожная готовность - у 20,9%, одышка или тахипноэ более 60 в 1 мин - у 78,5%. У 15,7% всех наблюдаемых детей отсутствовала прибавка массы тела и даже отмечалось её снижение, в 51,8% - затяжная желтуха, в 16,9% - гепатоспленомегалия.

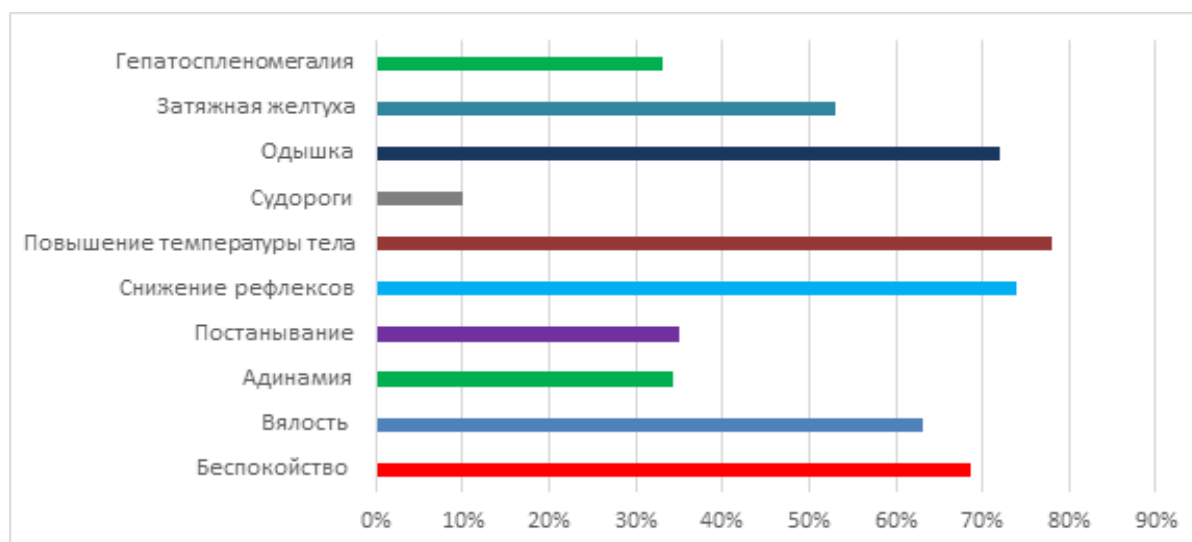


Рис. 1. Клинические симптомы, встречающиеся у новорожденных при ВУИ

Наряду с названными клиническими проявлениями у наблюдаемых новорождённых детей имелись также пневмония смешанного характера - 36 (71,0%), энтероколит - 33 (67,0%), омфалит - 29 (58,0%), менингит и менингоэнцефалит - 21 (42,0%), везикулопустулёз - 9 (17,0%),

пузырчатка новорожденных - 10 (20,0%), пиелонефрит - 9 (18,0%) и конъюнктивит - 6 (12,5%) случаев. У 4 (8%) больных обнаружен гепатит и у 1 (5,0%) наблюдалась тромбоцитопеническая пурпура с различными геморрагическими высыпаниями на коже (рис. 2).

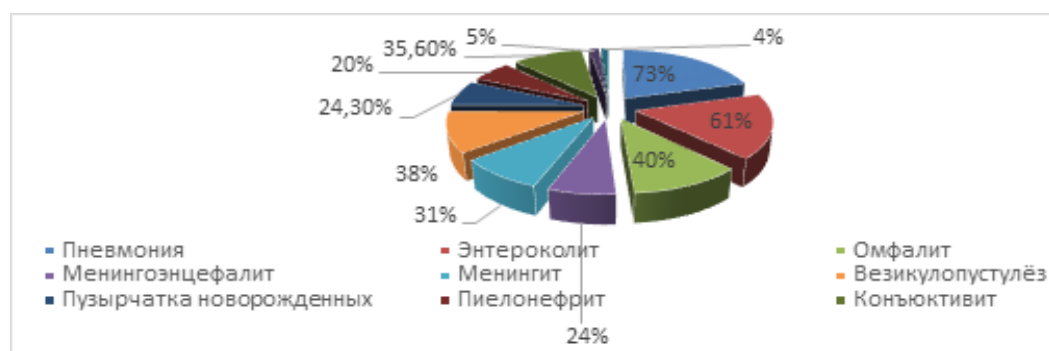


Рис. 2. Нозологические формы ВУИ у наблюдаемых детей

При исследовании некоторых электролитов сыворотки крови у детей с тяжёлым течением ВУИ выявили увеличение концентрации ионов Na^+ ($149,7 \pm 1,9$ ммоль/л), по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($145,2 \pm 2,0$ ммоль/л; $p < 0,01$). Содержание ионов K^+ у наблюдаемых детей первой группы имело тенденцию к снижению ($3,1 \pm 0,9$), по сравнению с этим же показателем относительно здоровых новорождённых ($4,2 \pm 1,8$ ммоль/л; $p < 0,01$).

Содержание Ca^{2+} ($1,9 \pm 0,2$ ммоль/л) и неорганического фосфора ($1,1 \pm 0,2$ ммоль/л) у детей с тяжелой формой TORCH-инфекции было несколько снижено ($p > 0,05$), по сравнению с новорожденными контрольной группы ($2,15 \pm 0,5$ ммоль/л и $1,1 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно). Эти проявления свидетель-

ствуют о дисбалансе натрия, калия, кальция и фосфора у детей при ВУИ.

У детей второй группы с очень тяжёлым течением ВУИ выявлено существенное повышение концентрации ионов Na^+ в сыворотке крови ($p < 0,05$). В противоположность отмечалось заметное снижение концентрации ионов K^+ в сыворотке крови у этих же детей ($p < 0,01$). Наряду с этим наблюдалась явная тенденция к снижению содержания ионов Ca^{2+} и неорганического фосфора в сыворотке крови у больных ($p < 0,01$) данной группы (табл. 1).

У 3 (6,0%) доношенных и 6 (12,0%) недоношенных новорожденных первой и второй групп имелось существенное снижение уровней ионов кальция и фосфора в крови, что, скорее, зависит не только от выражен-

ности клинических проявлений ВУИ, но и от рождения в асфиксии, судорожного синдрома, остаточных явлений энцефалопатии новорождённых и использования противо-

судорожных препаратов. Все перечисленные ситуации способствуют выведению кальция из организма и усугубляют нарушение обмена данного электролита в крови [3, 4, 5].

Показатели электролитов сыворотки крови у наблюдаемых новорождённых детей с ВУИ

Группы	Электролиты, ммоль/л			
	калий	натрий	кальций	фосфор
Контрольная	4,2±1,8	145,2±2,0	2,15±0,5	1,2±0,1
Первая	3,1±0,9 p<0,01	149,7±1,9 p<0,01	1,9±0,2 p<0,05	1,1±0,2 p<0,05
Вторая	2,4±0,6 p<0,01 p ₁ <0,001	153,4±1,3 p<0,01 p ₁ <0,001	1,75±0,8 p<0,01 p ₁ <0,001	0,9±0,01 p<0,05 p ₁ <0,005

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей первой группы по сопоставлению с контрольной (p<0,005); p₁ – статистическая значимость различий показателей второй группы (p₁<0,001) по сравнению с контрольной (p-p₁-по U-критерию Манна-Уитни и H-критерию Крускала-Уоллиса)

Следует отметить, что при острых и выраженных формах внутриутробной инфекции в организме новорождённых на клеточном уровне нарушался обмен веществ и в то же время отмечался ряд отклонений в обмене электролитов. Электролитные показатели, как составляющая гомеостаза организма, претерпевают существенные изменения, которые развивались на фоне синдрома интоксикации, гипервентиляции, гиперосмии и гипоксии смешенного генеза.

У одной части обследуемых детей с внутриутробной инфекцией на фоне клинических проявлений и тяжёлого течения инфекционного процесса развивалась умеренная гиповолемия, относительная гипернатриемия, выраженная гиперкалиемия и состояние гиперосмии, при которых отмечалась гипертоническая дегидратация с выраженным обезвоживанием организма ребенка, сухостью кожных и слизистых оболочек и офтальмическими нарушениями.

При очень тяжёлом течении заболеваний с выраженной дыхательной недостаточностью, гипервентиляционным, колитическим и гипертермическим синдромами выявляли более выраженные проявления гипернатриемии и гипокальциемии с нарастанием гипокалиемии. У этих детей на фоне вышеуказанных проявлений отмечалось нарушение реологического состояния крови в виде геморрагического синдрома, состояния гипокоагуляции с потерей плазменной части крови, что указывает на осложненное течение внутриутробной

инфекции [1]. Перечисленные клинические проявления являются подтверждением развития нарушения функции системы гомеостаза, на фоне которых развивался дисбаланс в водно-электролитном обмене, следовательно, и в электролитной составляющей гомеостаза.

Заключение

Электролитная составляющая гомеостаза при остром и бурном течении внутриутробной инфекции претерпевает существенные изменения в виде выраженной гипернатриемии, гипокалиемии и гипокальциемии, что указывает на активацию компенсаторных механизмов организма новорождённых и изменение клеточного микроэлементного обмена у этих детей.

При исследовании выявлены нарушения введения и выведения микроэлементов крови, в большинстве случаев развивающихся на фоне синдрома гипервентиляции, нарушения всасывания электролитов в кишечнике, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности, синдрома полиорганной недостаточности, нарушения микроциркуляторного кровообращения и синдрома цитолиза у новорожденных детей с ВУИ.

Выявленные нами нарушения показателей электролитов крови у новорожденных с ВУИ диктуют необходимость проведения своевременной коррекции электролитного дисбаланса у данной категории больных детей, наряду с этиотропным лечением.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Волянюк Е.В., Сафина А.И. Врожденная пневмония у недоношенных новорожденных: особенности этиологии, диагностики и лечения // Практическая медицина.- 2011.- Т. 5(53), №9.- С. 55-59.
2. Косенкова Е.Г., Лысенко И.М. Критерии внутриутробного инфицирования новорожденного // Охрана материнства и детства.- 2014.- № 1 (23).- С. 35–40.
3. Симонян Л.Г. Роль вирусов в развитии бронхолегочных заболеваний // Пульмонология.- 2013.- №2.- С. 105-108.
4. Самсыгина Г.А. Неонатальный сепсис.- Москва: ПедиатрЪ, 2014.- 173 с.
5. Юсупова М.А., Исмоилов К.И., Мухитдинова З.А. Особенности клинико-иммунологических проявлений внутриутробных смешанных инфекций у новорожденных // Здоровоохранение Таджикистана.- 2015.- №2.- С. -14-18.
6. Rundolph, A.G. Pediatric sepsis / A.G. Rundolph, R.J. Mc Culloh // Virulence.- 2014.- Vol. 5, No. 1.- P. 179-189
7. Hafstroom M., Ehnberg S., Blad S. et al. Developmental outcome at 6.5 years after acidosis in term newborns: a population based study // Pediatrics.- 2012.- Vol. 129.- e 1501.

REFERENCES

1. Volyanyuk E. V., Safina A. I. Vrozhdannaya pnevmoniya u nedonoshennykh novorozhdennykh: osobennosti etiologii, diagnostiki i lecheniya [Congenital pneumonia in premature newborns: features of etiology, diagnosis and treatment]. *Prakticheskaya Meditsina. [Practical Medicine]*. 2011; 5(53), 9: 55-59.
2. Kosenkova E. G., Lysenko I. M. Kriterii vnutriutrobnogo infitsirovaniya novorozhdennogo [Criteria for intrauterine infection of a newborn]. *Okhrana Materinstva i Detstva. [Protection of Motherhood and Childhood]*. 2014; 1(23): 35-40.
3. Simonyan L. G. Rol virusov v razvitii bronkholegichnykh zabolevaniy [The role of viruses in the development of bronchopulmonary diseases]. *Pulmonologiya. [Pulmonology]*. 2013; 2: 105-108.
4. Samsygina G. A. *Neonatalnyy sepsis* [Neonatal sepsis]. Moscow, *Pediatr Publ.*, 2014. 173.
5. Yusupova M. A., Ismoilov K. I., Mukhitdinova Z. A. Osobennosti kliniko-immunologicheskikh proyavleniy vnutriutrobnnykh smeshannykh infektsiy u novorozhdennykh [Features of clinical and immunological manifestations of intrauterine mixed infections in newborns]. *Zdravookhranenie Tadjikistana. [Healthcare of Tajikistan]*. 2015; 2: 14-18.
6. Rundolph A. G., Mc Culloh R.J. *Pediatric sepsis. Virulenc.* 2014; 5, 1: 179-189.
7. Hafstroom M., Ehnberg S., Blad S. Developmental outcome at 6.5 years after acidosis in term newborns: a population based study. *Pediatrics.* 2012; 129: e 1501.

Сведения об авторах:

Исмоилов Комилжон Исроилович – зав. кафедрой детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор; e-mail: ismoilov52@inbox.ru

Музаффаров Шамшод Сабохиддинович – соискатель кафедры детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992) 93 930 73 44; e-mail: sha.zavr@mail.ru

Information about authors:

Ismoilov Komilzhon Isroilovich – Head of the Department of Pediatric Diseases №2 of the State Educational Establishment “Avicenna Tajik State Medical University”, Doctor of Medical Sciences, Full Professor; e-mail: ismoilov52@inbox.ru

Muzaffarov Shamshod Sabokhiddinovich – Applicant at the Department of Pediatric Diseases №2 of the State Educational Establishment “Avicenna Tajik State Medical University”; tel.: (+992) 93 930 73 44; e-mail: sha.zavr@mail.ru

ТАҒЙИРЁБИИ МУВОЗИНАТИ ЭЛЕКТРОЛИТӢ ДАР КӢДАКОНИ НАВЗОД ҲАНГОМИ СИРОЯТИ ДОХИЛИБАТНӢ

ИСМОИЛОВ К.И., МУЗАФФАРОВ Ш.С.

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши ҳолати гомеостази электролитӣ дар кӯдакони навзод дар мавриди сироятҳои дохилибатнӣ.

Мавод ва усулҳо. Ҳолати 50 нафар кӯдакони дар шӯъбаи бемориҳои кӯдакони навзоди МД “Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон – “Шифобаҳи” бистарӣ буда муоина карда шуданд. Миқдори ионҳои натрий (Na^+), калсий (Ca^{2+}) ва фосфори гайриорганикӣ (P) дар зардобаи хун бо усули колориметрии энзиматикӣ ва миқдори ионҳои калий дар зардобаи хун бо усули турбодиметрикӣ муайян карда шуд.

Натиҷаҳо. Дар мавриди таҳқиқи баъзе электролитҳои таркиби зардобаи хун дар кӯдакони навзоди гирифтори шакли вазнини сироятҳои дохилибатнӣ каме баланд шудани нишондоди ионҳои Na^+ нисбат ба ҳамин нишондоди кӯдакони гуруҳи назоратӣ дида шуд. Ионҳои K^+ дар кӯдакони гуруҳи якум дар муқоиса бо кӯдакони нисбатан солим тамоюл ба пастшавӣ дошт ($p < 0,05$). Нишондоди Ca^{2+} ва фосфори гайриорганикӣ дар кӯдакони гирифтори шакли вазнини сироятҳои дохилибатнӣ нисбат ба кӯдакони гуруҳи назоратӣ нисбатан паст буд ($p < 0,05$). Дар кӯдакони гирифтори шакли хеле вазнини сироятҳои дохилибатнӣ баландшавии назарраси нишондоди ионҳои Na^+ дар таркиби зардобаи хун ($p < 0,05$) муайян карда шуд. Баръакс, дар ин маврид пастшавии аёни нишондоди ионҳои K^+ дар таркиби зардобаи хуни ин кӯдакон ба назар расид ($p < 0,01$). Илова бар ин тамоюли назаррас ба пастшавии нишондоди ионҳои Ca^{2+} ва фосфори гайриорганикӣ дар таркиби хун дар кӯдакони зерин назоратӣ дида шуд ($p < 0,01$).

Хулоса. Мувозинати электролитӣ дар мавриди равандҳои шадиду тезтунди сироятҳои дохилибатнӣ дигаргуниҳои назаррасро, ба монанди гипернатриемияи аён, гипокалиемияи и гиперкалсиемия ба миён меорад, ки аз фаъолияти механизмҳои компенсатории организми кӯдакони навзод ва дигаргуниҳои мубодилаи микроэлементҳои ҳуҷайравӣ дар ин гуна кӯдакон шаҳодат медиҳад.

Калимаҳои асосӣ: гомеостаз, сироятҳои дохилибатнӣ, электролитҳо

УДК 616.314.17-089.2(075.8)

ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА НА СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ СТРУКТУР У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА И ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

¹КАРИМОВ С.М., ¹АШУРОВ Г.Г., ²НУРОВ Д.И.

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Общество с ограниченной ответственностью «Оила-Дент»

Цель исследования. Проанализировать степень влияния анатомических параметров преддверия полости рта на состояние пародонтальных структур у соматических больных с воспалительными заболеваниями пародонта в сочетании с зубочелюстной аномалией.

Материал и методы. С целью выявления распространенности патологии преддверия полости рта обследовано 204 соматических больных с пародонтальной патологией в сочетании с аномалиями зубочелюстной системы в возрасте от 20 до 60 лет (93 женщины и 111 мужчин).

Клиническое стоматологическое обследование включало в себя оценку гигиенического индекса Федорова-Володкиной, пробы Шиллера-Писарева вместе с РМА в модификации С. Парма.

Результаты. От общего количества обследованных лиц анатомические нарушения преддверия полости рта были диагностированы у 113 (55,4%) больных. Большой удельный вес воспалительных заболеваний пародонта наблюдался среди лиц с мелким преддверием полости рта и с короткой уздечкой губы.

Заключение. Большой удельный вес воспалительных заболеваний пародонта наблюдался среди лиц с мелким преддверием полости рта и с короткой уздечкой губы. Существует прямая корреляционная зависимость между глубиной преддверия полости рта и размерами прикрепленной десны.

Ключевые слова: пародонт, преддверие, полость рта, зубочелюстная аномалия, короткая уздечка, губа, патология пародонта

INFLUENCE OF ANATOMICAL PARAMETERS THRESHOLD OF ORAL CAVITY ON CONDITION OF PARODONTAL STRUCTURE BESIDE SOMATIC PATIENTS WITH COMBINED PARODONTAL PATHOLOGY AND TEETH-MAXILLARY ANOMALY

¹KARIMOV S.M., ¹ASHUROV G.G., ²NUROV D.I.

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

²Limited Liability Company «Oila-Dent»

Aim. To analyze the degree of influence of the anatomical parameter's thresholds of oral cavity on condition of parodontal structures beside somatic patients with inflammatory parodontal diseases in combination with teeth-maxillary anomaly.

Material and Methods. In order to identify the prevalence of pathology of the threshold of oral cavity 204 patients with parodontal pathology in combination with system of teeth-maxillary anomaly in order to identify the prevalence of pathology of the vestibule of the oral cavity, 204 somatic patients with periodontal pathology in combination with anomalies of the dentoalveolar system at the age from 20 to 60 years (93 women and 111 men) were examined. Clinical dentistry examination included an assessment of the Fedorov-Volodkina hygienic index, the Schiller-Pisarev test together with RMA in modification of C. Parma.

Results. From the gross amount of the examined persons anatomical breaches thresholds of oral cavity were diagnosed beside 113 (55,4%) patients. Big specific gravity of the inflammatory parodontal diseases existed amongst persons with small threshold of oral cavity and with short bridle of the lip.

Conclusion. Big specific gravity of the inflammatory of parodontal diseases existed amongst persons with small threshold of the oral cavity and with short bridle of the lip. Exists straight correlation line dependency between depth of the threshold of oral cavity and size of the attached gums.

Key words: parodont, threshold, oral cavity, teeth-maxillary anomaly, short bridle, lip, parodontal pathology

Актуальность

Зубочелюстные аномалии относятся к многофакторным заболеваниям, возникающим в результате сложного взаимодействия наследственных и экзогенных факторов, о чем свидетельствуют исследования на близнецовой модели ведущих ученых и исследователей [4, 6, 7].

Анализ литературы по эпидемиологии зубочелюстных аномалий не выявил тенденции к снижению данной патологии на протяжении последних десятилетий. Причиной увеличения распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций является существование устойчивых факторов, способствующих формированию этой патологии и поддерживающих ее стабильный уровень у населения [1, 3].

Согласно сведениям литературы, распространенность зубочелюстных аномалий на протяжении последних десятилетий увеличилась с 50% до 65-70% и не имеет тенденции к снижению. Авторы публикаций в большей степени уделяют внимание распространенности зубочелюстных аномалий, чем их структуре. Однако одним из ведущих моментов, определяющих план лечебно-профилактических мероприятий, являются разновидности аномалий и степень выраженности нарушений положения зубов, формы и размеров зубных дуг и их соотношения [2, 5].

Учитывая актуальность проблемы в указанном аспекте, следует отметить, что до сих пор в условиях республики соматические пациенты с сочетанной патологией полости рта лишены возможности получения своевременной и качественной лечебно-профилактической стоматологической помощи. Отсутствуют научно обоснованные разработки по тактике ведения соматических больных с сочетанной стоматологической патологией, практическому применению современных методов профилактики и лечения заболеваний пародонта при наличии у них зубочелюстной аномалии.

Цель исследования

Проанализировать степень влияния анатомических параметров преддверия полости рта на состояние пародонтальных структур у соматических больных с воспалительными заболеваниями пародонта в сочетании с зубочелюстной аномалией.

Материал и методы исследования

С целью выявления распространенности патологии преддверия полости рта (мелкое преддверие, короткие уздечки губ, наличие множественных тяжей), ее сочетания с аномалиями прикуса (глубокий, открытый,

перекрестный, прогения, прогнатия), расположения зубов (скученность, вне дуги, вокруг оси) и воспалительных заболеваний пародонта проведена оценка влияния анатомических параметров преддверия полости рта на развитие воспалительной патологии пародонта. С этой целью нами обследовано 204 соматических больных с пародонтальной патологией в сочетании с аномалией зубочелюстной системы.

Возраст осмотренных варьировал от 20 до 60 лет (93 женщины и 111 мужчин). 29,6% от общего количества обследованных составили лица в возрасте 20-29 лет, 33,9% - в возрасте 30-39 лет, 19,1% и 17,4% - соответственно в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет. Клиническое стоматологическое обследование включало в себя оценку: гигиенического индекса (ГИ) Федорова-Володкиной; пробы Шиллера-Писарева вместе с РМА в модификации С. Парма.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан для статистического анализа. Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Клиническое обследование 204 соматических больных с пародонтитом и аномалиями зубочелюстной системы выявило у 94 человек (46,1%) наличие хронического очагового гингивита легкой (22,8%, 21 чел.), средней (54,7%, 53 чел.) и тяжелой (22,5%, 20 чел.) степеней, у 26 (12,8%) пациентов - наличие хронического генерализованного гингивита в виде легкой (53,9%, 14 чел.), средней (34,6%, 9 чел.) и тяжелой (11,5%, 3 чел.) степеней тяжести, у 68 (33,3%) пациентов наличие хронического очагового пародонтита легкой (61,8%, 42 чел.), средней (23,5%, 16 чел.) и тяжелой (14,7%, 10 чел.) степеней, у 16 (7,8%) обследованных лиц обнаружен хронический генерализованный пародонтит легкой (81,3%, 13 чел.) и средней (18,7%, 3 чел.) тяжести (рис. 1).

В соответствии с задачами исследования мы выделили поэтапно среди обследованных лиц 4 группы. Первая группа – контрольная, состояла из 35 лиц с нормальным строением преддверия и зубных рядов. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной в данной группе составил $1,42 \pm 0,17$. У 21 человека (60,0%) он оценивался как хороший, у 7 (20,0%) – удовлетворительный, у 4 (11,4%) – неудовлетворительный и у 3 (8,6%) – плохой. Воспалительные заболевания пародонта в данной группе были выявлены у 5 (14,3%) человек в виде локализованного гингивита, связанного с неполноценными пломбами.

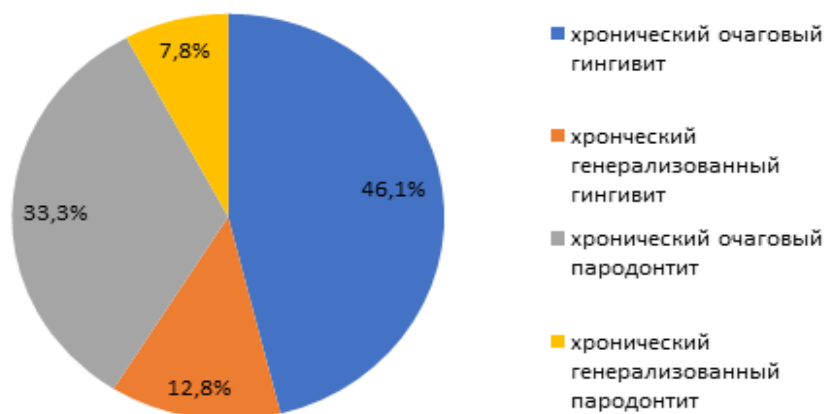


Рис. 1. Распространенность воспалительных заболеваний и пародонтоза у больных с аномалией зубочелюстной системы

Вторая группа – лица со скученностью зубов во фронтальном отделе нижней челюсти, состояла из 35 (17,2%) человек. В данной группе мелкое преддверие полости рта установлено у 4 (11,4%) человек, короткая уздечка нижней губы – у 10 (28,6%) осмотренных. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной в данной подгруппе составил $1,78 \pm 0,19$. У 17 (48,6%) человек он оценивался как хороший, у 7 (20,0%) - удовлетворительный, у 7 (20,0%) - неудовлетворительный и у 4 (11,4%) - плохой. Среди обследованных лиц этой группы 12 (34,3%) человек имели признаки хронического локализованного гингивита.

Третья группа сформирована из лиц с мелким преддверием полости рта. Из общего количества осмотренных лиц (204 чел.) мелкое преддверие диагностировано у 23 (11,3%). В данной группе 11 (47,8%) человек имели ортогнатический прикус. Скученность зубов во фронтальном отделе челюсти при мелком преддверии полости рта наблюдалась у 4 осмотренных лиц, что составило 17,4%. Индекс гигиены оценили как хороший у 8 (34,8%) человек, удовлетворительный – у 9

(39,1%), неудовлетворительный – у 4 (17,4%), плохой – у 2 (8,7%). Среднее значение индекса гигиены у лиц с мелким преддверием полости рта составило $1,91 \pm 0,12$. У 2 (8,7%) человека выявлен хронический генерализованный гингивит и у 1 (4,4%) – хронический локализованный пародонтит легкой степени. У 15 (65,2%) осмотренных имелись признаки хронического локализованного гингивита во фронтальном отделе нижней челюсти.

Четвертая группа – лица с короткой уздечкой нижней губы. Данная патология выявлена у 55 (27,0%) человек. У 23 пациентов, что составляет 41,8%, она сочеталась с короткой уздечкой верхней губы. При ортогнатическом прикусе она встречалась в 34,6% случаев (19 человек), при глубоком - в 21,8% (12 человек), при прямом – в 14,6% (у 8 человек), при скученности зубов во фронтальном отделе нижней челюсти – в 18,2% (10 пациентов). В данной группе индекс гигиены определили как хороший у 24 (43,6%) человек, удовлетворительный – у 13 (23,6%), неудовлетворительный – у 8 (14,6%), плохой – у 6 (10,9%), очень плохой – у 4 (7,3%) (рис. 2).

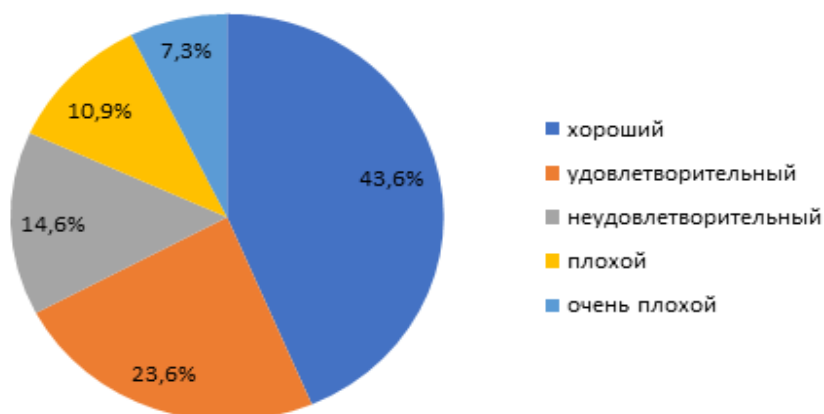


Рис. 2. Уровень гигиенического состояния полости рта у пародонтологических больных с аномалией зубочелюстной системы в сочетании с короткой уздечкой верхней и нижней губы

При сравнении количества лиц с патологией пародонта в сочетании с зубочелюстной аномалией внутри каждой группы нами отме-

чено, что наибольший удельный вес воспалительных заболеваний пародонта имели лица с мелким преддверием полости рта (рис. 3).

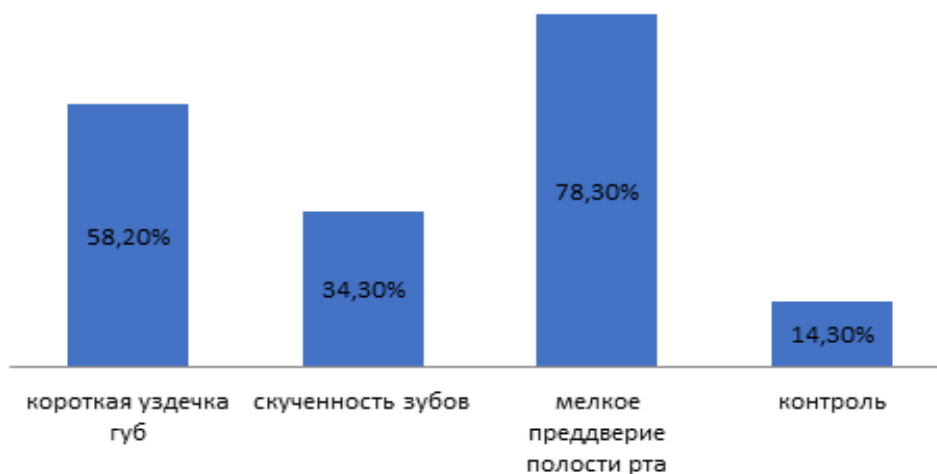


Рис. 3. Удельный вес лиц с воспалительными заболеваниями пародонта в зависимости от анатомических параметров преддверия полости рта

При распределении обследованных пациентов по возрасту наибольшее количество лиц с мелким преддверием полости рта пришлось на группу 30-39 лет – 34 человека, что составило 16,7%. В возрасте 40-49 лет патология преддверия полости рта выявлена у 23 человек (11,3%), среди 20-29- и 50-59-летних – соответственно у 20 (9,8%) и 11 (5,4%).

Заклучение

Полученные материалы по вопросам взаимосвязи патологии пародонта у стоматологических пациентов с мелким преддверием полости рта при одновременном наличии у них зубочелюстной аномалии

могут стать основой для целенаправленного воздействия на патогенетические звенья индуцирования воспалительного и дистрофического процессов в структурных единицах тканей пародонта, а исследование стоматосоматических взаимоотношений у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями следует считать одной из важных проблем не только изучения патогенеза, но и совершенствования лечебно-профилактического алгоритма.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Аюпова Ф.С., Восканян А.Р. Распространенность и структура зубочелюстных аномалий у детей // Ортодонтия.- 2016.- № 3(75).- С. 2-6.
2. Аюпова Ф.С., Восканян А.Р. Структура зубочелюстных аномалий у детей в регионах России, ближнего и дальнего зарубежья // Стоматология детского возраста и профилактика.- 2016.- № 3(58).- С. 49-55.
3. Калининченко Ю.А., Сиротченко Т.А. Нарушение местной резистентности у подростков с зубочелюстными аномалиями на фоне патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Стоматология детского возраста и профилактика.- 2016.- № 2(57).- С. 53-56.

REFERENCES

1. Ayupova F. S., Voskanyan A. R. Rasprostranennost i struktura zubochehyustnykh anomalii u detey [Prevalence and structure of teeth-maxillary anomaly beside children]. *Ortodontiya. [Orthodontics]*. 2016; 3(75): 2-6.
2. Ayupova F. S., Voskanyan A. R. Struktura zubochehyustnykh anomalii u detey v regionakh Rossii, blizhnego i dalnego zarubezhya [Structure of teeth-maxillary anomaly beside children in region of the Russia, near and distant overseas]. *Stomatologiya Detskogo Vozrasta i Profilaktika. [Dentistry of Children and Prevention]*. 2016; 3(58): 49-55.
3. Kalinichenko Yu. A., Sirotenko T. A. Narushenie mestnoy rezistentnosti u podrostkov s zubochehyustnymi anomaliiyami na fone patologii verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta [Disorder of local resistance beside teenager with teeth-maxillary anomaly on background of pathology upper division gastrointestinal tract]. *Stomatologiya Detskogo Vozrasta i Profilaktika. [Dentistry of Children and Prevention]*. 2016; 2(57): 53-56.

4. Исмоилов А.А., Джураев Д.Э. Результаты оценки состояния тканей пародонта у взрослого населения с аномалиями зубочелюстной системы // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.- 2019.- № 4.- С. 9-14.

5. Леонтьев В.К., Малый А.Ю. Концептуальные подходы к разработке протоколов ведения больных в стоматологии // Проблемы стандартизации в здравоохранении.- 2017.- № 6.- С. 5-10.

6. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. М.: Медицина, 2011.- 220 с.

7. Bishara S.E., Bayati P., Jakobsen J.R. Longitudinal comparisons of dental arch changes in normal and untreated Class-II, Division-1 subjects and their clinical implication. // Am J Orthod Dentofacial Orthop.- 2016.- Vol. 110.- P. 483-489.

4. Ismoilov A. A., Dzhuraev D. E. Rezultaty otsenki sostoyaniya tkaney parodonta u vzroslogo naseleniya s anomaliami zubochehyustnoy sistemy [Results of the estimation of parodontal tissues condition beside adult population with anomaly of teeth-maxillary system]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya. [Herald of institute of postgraduate education in health sphere].* 2019; 4: 9-14.

5. Leontev V. K., Malyy A. Yu. Kontseptualnye podkhody k razrabotke protokolov vedeniya bolnykh v stomatologii [Conceptual approaches to development of protocol conduct patients in dentistry]. *Problemy Standartizatsii v Zdravookhraneni. [Problems to standardizations in public health].* 2017; 6: 5-10.

6. Khoroshilkina F. Ya. *Rukovodstvo po ortodontii* [Manual of orthodontia]. Moscow, Meditsina Publ., 2011; 220.

7. Bishara S. E., Bayati P., Jakobsen J. R. Longitudinal comparisons of dental arch changes in normal and untreated Class-II, Division-1 subjects and their clinical implication. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.*, 2016; 110: 483-489.

Сведения об авторах:

Каримов Сафарахмад Мунаварович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел.: (+992) 918 61 62 08
Ашуров Гаюр Гафурович – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор; тел.: (+992) 988 71 0992
Нуров Дилшод Истамович – директор ООО «Оила-Дент», к.м.н.; тел.: (+992) 918 42 00 18

Information about authors:

Karimov Safarakhmad Munavarovich – Associate Professor of the Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan», Candidate of Medical Sciences; tel: (+992) 918 61 62 08
Ashurov Gayur Gafurovich – Head of the Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan», Doctor of Medical Sciences, Full Professor; tel.: (+992) 988 71 0992
Nurov Dilshod Istamovich – Director of the Limited liability company «Oila-Dent», Candidate of Medical Sciences; tel: (+992) 918 42 00 18

ТАЪСИРИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ АНАТОМИКИИ ДАРОМАДГОҲИ КОВОКИИ ДАҲОН БА ҲОЛАТИ СОХТОРҲОИ ПАРОДОНТ ДАР БЕМОРОНИ СОМАТИКӢ БО ПАТОЛОГИЯҲОИ ҲАМҶОЯИ ПАРОДОНТ ВА НУҚСОНҲОИ ҚОҒУ ДАНДОН

¹КАРИМОВ С.М., ¹АШУРОВ Ғ.Ғ., ²НУРОВ Д.И.

¹Кафедраи стоматологияи муолиҷавии ДТБКСТ ҚТ

²Ҷамъияти дорои масъулиятш маҳдуди «Оила-Дент»

Мақсади тадқиқот. Таҳлил намудани дараҷаи таъсирнокии параметрҳои анатомии даромадгоҳи ковокии даҳон ба ҳолати сохторҳои пародонт дар байни беморони соматикӣ касалиҳои ҳамҷояи пародонт ва нуқсонҳои қоғу дандондошта

Мавод ва усулҳо. Бо мақсади муайян намудани паҳннокии патологияи даромадгоҳи ковокии даҳон 204 нафар беморони патологияҳои ҳамҷояи пародонт ва нуқсонҳои қоғу дандондошта муоина карда шуд. Синну соли беморон аз 20 то 60-ро дар бар гирифт, ки аз онҳо 93 нафарашон занҳо ва 111 нафарашон мардҳо буданд. Муоинаи клиникӣ стоматологӣ ба худ баҳо додан ба индекси беҳдошти Федоров-Володкин, санҷиши Шиллер-Писарев-ро дар якҷоя бо индекси РМА дар модификатсияи С. Рагма дар бар гирифт.

Натиҷаҳо. Аз миқдори умумии муоинашудагон вайроншавии даромадгоҳи ковокии даҳон дар байни 113 (55,4%) нафар беморон мушоҳида гардид. Миқдори барзиёди бемориҳои илтиҳобии пародонт дар байни шахсони даромадгоҳи хурди ковокии даҳон ва лаҷомаки кӯтоҳи лабдошта ба назар расид.

Хулоса. Дар байни муоинашудагон бемориҳои барзиёди илтиҳобии пародонт дар байни шахсони даромадгоҳи хурди ковокии даҳон ва лаҷомаки кӯтоҳи лабдошта ба назар расид. Байни чуқурии даромадгоҳи ковокии даҳон ва ҳаҷми милки часпидашуда ҳам вобастагии роста мавҷудият дорад.

Калимаҳои асосӣ: пародонт, даромадгоҳ, ковокии даҳон, нуқсонҳои қоғу дандон, лаҷомаки кӯтоҳ, лаб, патологияи пародонт

УДК 618.7-002

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОК С ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

^{1,2}КУРБОНОВ Ш.М.

¹ООО «Медицинский центр Насл»

²Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить показатели гемостаза у пациенток с внутрибрюшной гипертензией на фоне послеоперационных внутрибрюшных осложнений после акушерско-гинекологических операций.

Материал и методы. Изучены показатели внутрибрюшного давления и гемостаза 58 пациенток с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями (ПВО) в виде внутрибрюшных кровотечений, послеоперационного акушерско-гинекологического перитонита и острой кишечной непроходимости, после перенесенных акушерско-гинекологических операций. В зависимости от степени внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) пациенток разделили на две группы: 1 (n=30) – ВБГ I-II степеней; 2 (n=28) – ВБГ III-IV степеней.

Результаты. У пациенток 2 группы активный антитромбин и протромбиновый тест (ПТ) были ниже, чем у пациенток 1 группы. При ВБГ III-IV степеней индекс активированного парциального тромбoplastинового времени (АПТВ) и тромбинового времени (ТВ) были ниже ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о гипокоагуляционных нарушениях. Концентрация фибриногена в обеих группах была достоверно выше ($p \leq 0,05$), чем у здоровых лиц. Самое значительное изменение факторов системы гемостаза отмечалось у пациенток 2 группы: протромбин (ПТ), активность факторов VIII и VWF, Ag: VWF, AT и ПС. Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациенток с ПВО и ВБГ имеется напряжение системы гемостаза и ослабление антикоагулянтной защиты. При ВБГ III-IV степеней гиперкоагуляционные нарушения были наиболее выражены, о чем свидетельствовало повышение уровня Д-димера. У больных 2 группы отмечается повышение активности и уровня фактора Виллебранда, что подтверждает наличие эндотелиальной дисфункции. Показатель скорости формирования активного тромбина (V) при ВБГ III-IV степеней достоверно превышал ($p \leq 0,05$) значения здоровых лиц, а с пациентками с ВБГ I-II степенью имел тенденцию к повышению (в 1,3 раза).

Заключение. Исследования показателей коагуляционного гемостаза и тромбограммы при послеоперационных внутрибрюшных осложнениях с внутрибрюшной гипертензией позволяют в ранние сроки выявить гиперкоагуляционные нарушения, приводящие к поражению микроциркуляторного русла и формированию полиорганной недостаточности.

Ключевые слова: послеоперационные внутрибрюшные осложнения, акушерско-гинекологические операции, коагуляционный гемостаз, внутрибрюшная гипертензия

ANALYSIS OF INDICATORS OF THE HEMOSTASIS SYSTEM IN PATIENTS WITH INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION ON THE BACKGROUND OF POSTOPERATIVE INTRA-ABDOMINAL COMPLICATIONS

^{1,2}KURBONOV SH.M.

¹Medical Center "Nasl"

²Department of Obstetrics and Gynecology №1 of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Aim. To study the indicators of hemostasis in patients with intra-abdominal hypertension against the background of postoperative intra-abdominal complications after obstetric and gynecological operations.

Material and methods. The indices of intra-abdominal pressure and hemostasis were studied in 58 patients with postoperative intra-abdominal complications in the form of intra-abdominal bleeding, postoperative obstetric-gynecological peritonitis and acute intestinal obstruction, after underwent obstetric-gynecological surgeries.

Results. In patients of group 2, the active antithrombin and prothrombin test (PT) were lower than in patients of group 1. In patients with grade III-IV IHD, the APTT and TB index were lower ($p \leq 0,05$), which indicates hypocoagulation disorders. The fibrinogen concentration in both groups was significantly higher ($p \leq 0,05$) than in the group of healthy individuals. The most significant change in the factors of the hemostatic system was observed in patients of group 2: PT, activity of factors VIII and VWF, Ag: VWF, AT and PS. The data obtained indicate that in patients with PVO and IHD, there is a tension in the hemostatic system and a weakening of the anticoagulant protection. At the same time, with grade III-IV IHD, hypercoagulable disorders were most pronounced, as evidenced by an increase in the level of D-dimer. In patients of group 2, there is an increase in the activity and level of von Willebrand factor which confirms the presence of endothelial dysfunction. The rate of formation of active thrombin (V) in patients with grade III-IV IHD significantly exceeded ($p \leq 0,05$) the values in healthy individuals, and tended to increase (1,3 times) with patients with grade I-II IHD.

Conclusion. Studies of indicators of coagulation hemostasis and thrombogram in postoperative intra-abdominal complications with intra-abdominal hypertension allow early detection of the development of hypercoagulable disorders leading to damage to the microvasculature and the formation of multiple organ failure.

Key words: postoperative intra-abdominal complications, obstetric and gynecological operations, coagulation hemostasis, intra-abdominal hypertension

Актуальность

Несмотря на огромные усилия всего медицинского сообщества, кровотечения продолжают оставаться одним из современных акушерских осложнений. Эту аксиому доказывает занимаемое ими третье место среди причин материнской смертности в России, впервые уступив акушерской эмболии (17%). В 2016 г., по данным Росстата, 12,8% причин гибели матери обусловлено акушерскими кровотечениями, 1,1% составляют разрывы матки [1, 2, 3, 5].

Наиболее частой причиной массивной кровопотери, приводящей к смерти, становится гипотония матки вследствие недостаточности ретракции миометрия и тромбообразования в сосудах плацентарного ложа. По мнению ряда крупных ученых, послеродовые кровотечения связаны с нарушениями в системе гемостаза, являясь первично коагулопатическим. Современным взглядом на патогенез кровопотери считается вторичность дисбаланса в свертывающей системе крови, возникающего вследствие гипотонического кровотечения [4, 5, 6].

Развитие ВБГ у пациенток с ПВО сопровождается целым рядом патофизиологических изменений в жизненно-важных органах и системах, вызывая замедление свертываемости крови, снижение вязкости и плотности сгустка.

Повышение ВБД может оказывать существенное влияние на изменения показателей гемостаза.

Цель исследования

Изучить показатели гемостаза у пациенток с синдромом внутрибрюшной гипертензии на фоне послеоперационных внутрибрюшных осложнений после акушерско-гинекологических операций.

Материал и методы исследования

В основу работы легли результаты исследования 58 пациенток в возрасте от 18 до 45

лет с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями после ранее перенесенных акушерских и гинекологических операций, которые находились на обследовании и лечении в клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино и кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ на базе ГКБ СМП, медицинском центре «Истиклол».

Состояние свертывающей системы крови оценивали с помощью автоматического коагулометрического анализатора «ACLTOR» (Instrumentation Laboratory, США) с определением: активированного парциального тромбoplastинного времени (АПТВ), протромбинового теста (ПТ) по Квику, тромбинового времени (ТВ), концентрации фибриногена, активности факторов VIII (фVIII) и V (фV), активности антитромбина (АТ) и протеина (ПС). Активность фактора Виллебранда (VWF), антиген фактора Виллебранда определяли иммуноферментным методом. Фибринолитическую активность плазмы крови оценивали, определяя время Хагеман-зависимого лизиса эуглобиновой фракции плазмы (ХЗЛ) методом Б.Ф. Еремина и А.П. Архипова, и концентрацию D-димера методом латексной агглютинации (Diagnostica Stago, Roche, Франция). Тест генерации тромбина выполняли с помощью метода САТ (Calibrated Automated Thrombogram). По результатам ТГТ (тромбограммы) рассчитывались показатели Peak-thrombin-Peak (пиковое количество тромбина, ЕТР (endogenous thrombin potential – эндогенный тромбиновый потенциал, нМоль × мин), скорость генерации тромбина (V, нМ/мин) рассчитывали по формуле:

$$V = \text{Peak} / \text{ТГТ-ЛІ}$$

Антикоагулянтный потенциал определялся степенью снижения показателей ЕТР и Peak, регистрируемых при добавлении rh-ТМ. У

здоровых лиц степень снижения ЕТР% и Peak составила более 50% и 40% соответственно. Меньшие значения свидетельствовали о нарушении работы системы ПС, которое может быть обусловлено как снижением активности ПС, так и АПС-резистентностью.

Измерение внутрибрюшного давления (ВБД) производили в мочевом пузыре по Kron et al. (1998) и желудке - по St. Collee (1993), M. Chetman et al. (1998). Оценку результатов проводили согласно решением Всемирного общества по изучению абдоминального компартмент-синдрома (WSACS). Набор для измерения ВБД: тонометр низких давлений ТН-01, 2 шприца однократного применения емкостью 60 мл, трехходовой переключатель, мочевого катетер Фолея.

Результаты научной работы были рассчитаны и получены с применением методов описательной статистики. Для количественных признаков, измеряемых по интерваль-

ной шкале, вычислялось среднее значение \pm ошибка среднего значения. При несоответствии выборочных данных нормальному закону распределения определялись *mediana* (Me) и интерквартильный размах в виде 25- и 75-перцентилей. Корреляционный анализ проводился для описания линейной взаимосвязи переменных: при ненормальном распределении величин исследуемых выборок вычислялся коэффициент корреляции Спирмана R, при нормальном распределении – коэффициент корреляции Пирсона. Применялись следующие уровни значимости различий: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$.

Результаты и их обсуждение

Для выявления патогенных механизмов возникновения ВБГ и его влияния на систему гемостаза проведено исследование системы гемостаза у 58 пациенток с ПВО, осложненными ВБГ I-II степеней (n=30) и при ВБГ III-IV степеней (n=28) (табл. 1).

Таблица 1

Показатели системы гемостаза у пациенток с ВБГ (n=58)
(Me 50% ДИ: 25-й и 75-й перцентели)

Показатель	Норма	ВБГ (мм рт.ст.)	
		ВБГ I-II степени (n=30)	ВБГ III-IV степени (n=28)
АЧТВ, с	27-35	44,0 (32,0; 51,0)	38,0 (27,0; 0,49,0)
Протромбиновый тест по Квику	86-114	87,0 (62,0;103,0)	54,5 (32; 78,0)*
Активный антитромбин, %	80-120	71,0 (54,1; 92.6)*	57,4 (32,7; 71,6)*
Концентрация фибриногена, г/л	2,8 (2,4; 3,44)	5,1 (4,2; 6,17)*	6,69 (4,96; 7,9)*

Примечание: * – статистически значимые различия при $p \leq 0,05$ между референсными значениями и исследуемыми группами

Анализ полученных данных показал, что у пациенток с ВБГ I-II степени активный антитромбин имел тенденцию к снижению, по сравнению с нормальными значениями, тогда как у пациенток с ВБГ III-IV степеней активный антитромбин и проторомбиновый тест были ниже нормальных значений, по сравнению с этими же данными у пациенток с ВБГ I- II степеней.

Наряду с этим у данной группы пациенток были изучены показатели коагулограммы (табл. 2).

В сравнении с результатами, полученными в группе здоровых лиц, у пациенток с ВБГ I-II и ВБГ III-IV степеней индексы АПТВ и ТВ не различались, показатели ПТ при ВБГ I-II степени не имели достоверной разницы, а у

пациенток с ВБГ III-IV степени были достоверно значимо ниже ($p \leq 0,05$). Как правило, снижение ПТ свидетельствует о гипокоагуляционных нарушениях, однако полученные данные показывали выраженную гиперкоагуляцию. Концентрация фибриногена в обеих группах была достоверно выше ($p \leq 0,05$), чем в группе здоровых лиц. Фибриноген является белком острой фазы воспаления, и повышение его уровня в случае возникновения перитонита и сепсиса является закономерным. Это подтверждается прямой корреляционной связью между уровнем фибриногена и медиаторами воспалительного процесса - ф NO_2 и ИЛ-10 у пациенток обеих групп ($r=0,28$; $p=0,05$; $r=0,34$ $P \leq 0,04$; $r=0,75$, $p=0,0001$; $r=0,69$; $p=0,0001$ соответственно).

Таблица 2

Показатели коагулограммы у пациенток с ВБГ (n=58)
(Ме 50% ДИ: 25-й и 75-й проценты)

Показатели	Группа здоровых лиц (n=25)	ВБГ мм рт.ст.	
		ВБГ I-II степени (n=30)	ВБГ III-IV степени (n=28)
Индекс АПТВ	0,99 (0,94; 1,0)	1,0 (0,8; 1,2)	1,15 (0,98; 1,35)
Протромбиновый тест по Квику, %	97,5 (96,0; 102,0)	81,0 (64,0; 93,0)	60,0 (54,0; 72,0)*
Тромбиновое время, сек	21,0 (21,0; 22,0)	18,2 (17,2; 20,0)	17,4 (14,3; 20,0)
Концентрация фибриногена, г/л	2,8 (2,4; 3,44)	5,1 (4,2; 6,17)*	6,69 (4,96; 7,9)*

Примечание: * – статистически значимые различия при $p \leq 0,05$

Расширенное исследование гемостаза у пациенток с ПВО при различных степенях выраженности ВБГ выявило серьезные нарушения в показателях системы гемостаза (табл. 3).

Таблица 3

Показатели системы гемостаза у пациенток с ВБГ (n=58) (Ме 50% ДИ: 25-й и 75-й процентами)

Показатель	Здоровые лица (n=40)	ВБГ мм рт.ст.	
		ВБГ I-II степени (n=30)	ВБГ III-IV степени (n=28)
Индекс АПТВ	0,99 (0,94;1,0)	1,0 (0,9;1,2)	1,0 (0,8;1,2)
Протромбиновый тест по Квику, %	97,5 (96,0;102,0)	81,0 (68,0;86,6)	74,5 (59,5; 86,0)
Тромбиновое время, сек	21,0 (21,0; 22,0)	17,9 (14,8; 18,3)	17,8 (14,9; 19,8)
Активность фактора VIII, %	138,0 (89,0; 156,0)	221,0x (175,0; 228,0)	286,0x (226,0; 378,5)
Активность фактора V, %	79,0	88,0	100,0
Активность фактора Виллебранда, %	100,0	230,0*	310,0***
Антиген фактора Виллебранда, %	107,0	230,0*	310,0
Концентрация фибриногена, г/л	2,8	5,4	6,5
Хагеман-зависимый лизис, сек	335	134,4**	153,0
Активность антитромбина, %	93,0	88,0	65,0***
Активность C, %	97,0	76,4	64,0***

Примечание: достоверность различий с группой здоровых лиц: * – $p \leq 0,05$, ** – $p \leq 0,01$, *** – $p \leq 0,001$

В сравнении со здоровыми лицами в группе с ВБГ I-II степеней имелось статистически значимое увеличение ($p \leq 0,05$) таких показателей коагуляционного гемостаза, как активность факторов VIII и VWF, Ag: VWF, времени ХЗЛ и концентрации фибриногена. Самое значительное изменение факторов системы гемостаза отмечалось у пациенток с ВБГ III-IV степеней. В этой группе в сравнении с группой здоровых лиц достоверно ($p \leq 0,05$) были изменены: ПТ, активность факторов VIII и VWF, Ag: VWF, АТ и ПС. Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациенток с ПВО и ВБГ имеет место напряжение системы гемостаза и ослабление антикоагулянтной защиты. При этом при ВБГ III-IV степеней гиперкоагуляционные нарушения были наиболее выражены, о чем свидетельствовало повышение уровня Д-димера, указывающее на повышенное

образование фибрина. Так, у пациенток с ВБГ I-II степеней в сравнении с пациентками с ВБГ III-IV частота встречаемости уровня Д-димера свыше 500 нг/мл составила 6% и 0%, 1000 нг/мл - в 40% и 15% случаев, 2000 нг/мл и 3000 нг/мл - в 27% и 9% случаев соответственно. Уровень Д-димера ≥ 3000 нг/мл отмечался только при ВБГ III-IV степеней в 61% случаев. Активность факторов VIII и VWF, Ag: VWF и время ХЗЛ также повышались. Известно, что повышение активности и уровня фактора Виллебранда являются маркерами формирования эндотелиальной дисфункции, что подтверждает наличие эндотелиальной дисфункции при ВБГ III-IV степеней.

Как известно, центральным звеном коагуляционного каскада является тромбин. При ВБГ проведена оценка тромбограмм-гемостатического потенциала (табл. 4).

Таблица 4

Показатели тромбограммы у пациенток с ПВО с синдромом ВБГ (n=58)
(Ме 50% ДИ: 25-й и 75-й процентили)

Показатель	Здоровые (n=40)	ВБГ мм рт.ст.	
		ВБГ I-II степени (n=30)	ВБГ III-IV степени (n=28)
LT, мин	2,7 (2,3:3,0)	3,0 (2,7:4,5)	3,0 (2,7:3,9)
ТТР, мин	5,3 (4,9:6,3)	6,3 (5,3:7,7)	6,0 (5,3:6,4)
ЕТР, НМ-мин	16h2,3 (14908:1797,5)	1401,0 (1294,0:1938,0)	1887,0** (1694,0:2281,0)
Peak, нм	288,3 (264,5:321,2)	265,0 (251,3:378:8)	324,5*** (273,0:400,0)
V нм/мин	96,9 (80,9:124,1)	106,0 (74,4:152,7)	133,3 (1003:171,2)

Примечание: достоверность различий с группой здоровых лиц: * – $p \leq 0,05$, ** – $p \leq 0,01$, *** – $p \leq 0,001$

При проведении теста генерации тромба ТГТ оценивались следующие значения: LAg time (LT) мин - начало генерации тромбина; Peak thrombin (reach), НМ - максимальное количество тромбина, образующееся в процессе ее генерации; tt Reach (ТТР) мин - время достижения максимального уровня тромбина, ЕТР, НМ мин - эндогенный потенциал тромбина, V, нм/мин - скорость генерации тромбина по формуле: $V = \text{Reach} / (\text{ТТР} - \text{LT})$.

При оценке количественных показателей генерации тромбина (ЕТР и Reach) у пациенток с ВБГ III-IV степеней статистически значимо были выше ($p \leq 0,05$), в сравнении с группой здоровых лиц и пациентками с ВБГ I-II степеней. Показатель скорости формиро-

вания активного тромбина (V) при ВБГ III-IV степеней достоверно превышал ($p \leq 0,05$) значения у здоровых лиц, а с пациентками с ВБГ I-II степеней имел тенденцию к повышению (в 1,3 раза).

Таким образом, использование ТГТ при ПВО с ВБГ позволяет в ранние сроки выявить развитие гиперкоагуляционных нарушений, приводящих к поражению микроциркуляторного русла и формированию полиорганной недостаточности.

Заключение

Комплексное изучение патогенных механизмов послеоперационных внутрибрюшных осложнений с учетом синдрома кишечной непроходимости и внутрибрюш-

ной гипертензии указывает на общность и универсальность этиопатогенических механизмов развития послеоперационных внутрибрюшных кровотечений, послеоперационного акушерско-гинекологического перитонита и послеоперационной острой кишечной непроходимости. Функциональ-

ной основой, подтверждающей взаимосвязь этих процессов с предшествующей кровопотерей, являются эндогенная интоксикация, а также нарушения показателей гемостаза с последующим развитием эндотелиальной дисфункции и полиорганной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Додхоева М.Ф., Сабурова Х.Ш., Олимова Л.И. Факторы, способствующие развитию эктопической беременности в сельской местности // Доклады Академии наук Республики Таджикистан.- 2016.- Т. 59, № 9-10.- С. 440-447.

2. Додхоева М.Ф., Юлдошева М.У. Кесарево сечение: проблемы после операции // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана.- 2016.- № 4.- С. 120-128.

3. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2016 году. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения.- Москва, 2017.

4. Molina G., Weiser T.G., Lipsitz S.R. et al. Relationship between cesarean section rate and maternal and neonatal mortality // JAMA.- 2015.- Vol. 314(21).- P. 2263-2270.

5. Sahin S., Guzin K., Eroglu M., Kayabasoglu F., Yabartekin M.S. Emergency peripartum hysterectomy: our 12-year experience // Arch. Gynecol. Obstet.- 2014.- Vol. 289(5).- P. 953-958.

6. Temizkan O., Angin D., Karakus R., Banverdi I., Polat M., Karateke A. Changing trends in emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center in Turkey during 2000-2013 // J. Turk. Ger. Gynecol. Assoc.- 2016. - Vol. 17. - P. 26-34.

REFERENCES

1. Dodkhoeva M. F., Saburova Kh. Sh., Olimova L. I. Faktory, sposobstvuyushchie razvitiyu ektopicheskoy beremennosti v selskoy mestnosti [Factors contributing to the development of ectopic pregnancy in rural areas]. *Doklady Akademii Nauk Respubliki Tadjikistan. [Reports of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan]*. 2016; 59 (9-10): 440-447.

2. Dodkhoeva M. F., Yuldosheva M. U. Kesarevo sechenie: problemy posle operatsii [Caesarean section: problems after surgery]. *Vestnik Akademii Meditsinskikh Nauk Tadjikistana. [Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan]*. 2016; 4: 120-128.

3. *Osnovnye pokazateli deyatelnosti akushersko-ginekologicheskoy sluzhby v Rossiyskoy Federatsii v 2016 godu. Ministerstvo Zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii. Departament meditsinskoy pomoshchi detyam i sluzhby rodovspomozheniya* [The main indicators of the activity of the obstetric and gynecological service in the Russian Federation in 2016. Ministry of Health of the Russian Federation. Department of Medical Care for Children and Maternity Services]. Moskva, 2017.

4. Molina G., Weiser T. G., Lipsitz S. R., Relationship between cesarean section rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA*. 2015; 314(21): 2263-2270.

5. Sahin S., Guzin K., Eroglu M., Kayabasoglu F., Yabartekin M.S. Emergency peripartum hysterectomy: our 12-year experience. *Arch. Gynecol. Obstet*. 2014; 289(5): 953-958.

6. Temizkan O., Angin D., Karakus R., Banverdi I., Polat M., Karateke A. Changing trends in emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center in Turkey during 2000-2013. *J. Turk. Ger. Gynecol. Assoc*. 2016; 17: 26-34.

Сведения об авторе:

Курбонов Шамсиддин Мирзоевич – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент; тел.: (+992) 93 500 65 71; e-mail: kurbonov_ncrh@mail.ru

Information about author:

Kurbonov Shamsiddin Mirzoevich – Assistant at the Department of Obstetrics and Gynecology №1 of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; tel.: (+992) 93 500 65 71; e-mail: kurbonov_ncrh@mail.ru

ТАҲЛИЛИ НИШОНДИҲАНДАҶОИ СИСТЕМАИ ГЕМОСТАЗ ДАР БЕМОРОНИ
ГИРИФТОРИ ФИШОРБАЛАНДИИ ДОХИЛИБАТНӢ ДАР ЗАМИНАИ АВОРИЗҶОИ
АМАЛИЁТИ ДОХИЛИБАТНӢ

^{1,2}ҚУРБОНОВ Ш.М.

¹ҶММ «Маркази тиббии «Насл»

²Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши нишондиҳандаҳои гемостази дар беморони гирифтори фишорбаландии дохилибатнӣ дар заминаи аворизҷои дохилибатнӣ пас аз амалиётҳои акушерӣ ва гинекологӣ.

Мавод ва усулҳо. Нишондиҳандаҳои фишори дохилибатнӣ ва гемостази дар 58 нафар беморони гирифтори оризаҳои дохилибатнӣ (ОД) дар шакли хунравии дохилибатнӣ, перитонити баъдичарроҳии акушерӣ-гинекологӣ ва печхурии шадиди рӯда пас аз амалиётҳои ҷарроҳии акушерӣ-гинекологӣ омӯхта шуданд. Вобаста аз дараҷаи фишорбаландии дохилибатнӣ (ФДБ), беморон ба ду гурӯҳ тақсим шуданд: 1 (n = 30)- ФДБ дараҷаи I-II; 2 (n = 28) - ФДБ дараҷаи III-IV.

Натиҷаҳо. Дар беморони гуруҳи 2 нишондиҳандаи антитромбини фаъол ва тести протромбин (ТП) дар таносуб бо гуруҳи 1 насттар будаанд. Ҳангоми ФДБдараҷаи III-IV индекси фаъоли вақти тромбопластин(ИФҚТ) ва вақти тромб (ВТ) насттар буд ($p \leq 0.05$), ки ин ихтилоли гипокоагулятсиониро нишон медиҳад. Концентрасияи фибриноген дар ҳарду гурӯҳ нисбат ба гурӯҳи шахсони солим ба таври назаррас баландтар буд ($p \leq 0.05$). Тағйироти назаррас дар омилҳои системаи гемостази: ВТ, фаъолнокии омилҳои VIII ва VWF, Ag, VWF, ТФ ва СТ дар беморони ФДБдараҷаи III-IV ба қайд гирифта шуд. Маълумоти бадастомада нишон медиҳанд, ки дар беморони гирифтори ОД ва ФДБ шиддат дар системаи гемостази ва камфаъоли дар системаи муҳофизати антикоагулянтӣ, ба назар мерасад. Ҳамзамон, ҳангоми ФДБ дараҷаи III-IV ихтилоли гиперкоагулятсия бештар ба назар мерасид, ки аз он афзоиши сатҳи D-димер гувоҳӣ медиҳад. Дар беморони гуруҳи 2 афзоиши фаъолият ва сатҳи омилҳои Виллебранд нишоҳҳои ташаккули дисфунксияи эндотелия буда, мавҷудияти норасоии эндотелиро дар мавриди ФДБ дараҷаи III-IV тасдиқ мекунанд. Нишондиҳандаи суръати ташаккули тромбини фаъол (V) дар беморони ФДБ дараҷаи III-IV аз нишондиҳандаҳои шахсони солим хеле баландтар ($p \leq 0.05$) буда, дар баробари беморони ФДБдараҷаи I-II тамоюли зиёд шудан (1,3 маротиба) дорад.

Хулоса. Омӯзиши нишондиҳандаҳои гемостази коагулятсионӣ ва тромбограмма дар мавриди оризаҳои баъдичарроҳии дохилибатнӣ бо фишорбаландии дохилибатнӣ имконият медиҳад, ки рушди ихтилолҳои гиперкоагулятсиониро, ки боиси вайрон шудани равандҳои микросиркулятсионӣ ва ташаккули норасоии фаъолияти бисёре аз узвҳои бадан мегардад, дар зинаҳои аввал таших намоем.

Калимаҳои асосӣ: оризаҳои баъдичарроҳии дохилибатнӣ, амалиёти ҷарроҳии акушерӣ-гинекологӣ, гемостази коагулятсионӣ, фишорбаландии дохилибатнӣ

УДК 616-006.441-08

ЭНТЕРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НА ФОНЕ ЛЕЙКОПЕНИИ У ДЕТЕЙ С НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

ХАЙТАЛИЕВА Н.Р., ХУСЕЙНЗОДА З.Х.,
УМАРОВА М.Н., МАДАМИНОВА З.А., НОЗИМОВ Р.Д.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оценить энтеральную недостаточность у детей с неходжкинскими лимфомами (НХЛ) на фоне лейкопении после проведения химиотерапии.

Материал и методы. В период 2015-2017 гг. наблюдалось 102 больных ребенка с диагнозом «неходжкинская лимфома», из них 72 (70,5%) - мальчики, 30 (29,5%) - девочки. Возрастная градация: 0-4 года - 34, 5-9 лет - 44, 10-14 лет - 18, 15-17 лет - 6 больных. Все пациенты разделены на две группы: контрольная - 51 ребёнок, которые при лейкопении 3,5 не получали лейкостимулирующую терапию, у них чаще возникали явления энтеральной недостаточности; основная - 51 ребёнок, получающие лейкостимулирующую терапию при лейкопении 4,0.

Результаты. Лидирующими клиническими проявлениями после химиотерапии были: лейкопения - у 87%, энтеральная недостаточность - у 69% больных. Выбранная тактика профилактики и коррекции лейкопении до, во время и после химиотерапии дала возможность уменьшить риск и частоту осложнений после химиотерапии в основной группе больных. В контрольной группе при проведении лечения отмечались явления агранулоцитоза, которые привели к летальному исходу 19 больных.

Заключение. Разработанная тактика профилактики и коррекции лейкопении и энтеральной недостаточности позволяет проводить в полном объёме курс лечения и уменьшить летальность от осложнений химиотерапии, не нарушая ритм и схему лечения. При полноценной коррекции нет присоединения вторичной инфекции у больных на фоне химиотерапии.

Ключевые слова: инфекция, осложнения, химиотерапия, профилактика

ENTERAL INSUFFICIENCY ON THE BACKGROUND OF LEUKOPENIA IN CHILDREN WITH NONHODGKIN'S LYMPHOMAS AFTER CHEMOTHERAPY

KHAYTALIEVA N.R., KHUSEYNZODA Z.KH.,
UMAROVA M.N., MADAMINOVA Z.A., NOZIMOV R.D.

State Establishment "Republican Oncological Scientific Center" of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Aim. To assess enteral insufficiency in children with non-Hodgkin's lymphomas (NHL) with leukopenia after chemotherapy.

Material and methods. In the period 2015-2017, 102 sick children with a diagnosis of non-Hodgkin's lymphoma were observed. Of which 72 (70,5%) were boys, 30 (29,5%) were girls. Age gradation: 0-4 years - 34, 5-9 years - 44, 10-14 years - 18, 15-17 years - 6 patients. All patients were divided into two groups: control - 51 children who did not receive leuko-stimulating therapy (with leukopenia 3.5), they more often had symptoms of enteric insufficiency; the main - 51 children receiving leuko-stimulating therapy (with 4,0 leukopenia).

Results. The leading clinical manifestations after chemotherapy were: leukopenia - in 87%, enteral insufficiency - in 69% of patients. The chosen tactics of prevention and correction of leukopenia before, during and after chemotherapy made it possible to reduce the risk and frequency of complications after chemotherapy in the main group of patients. In the control group, during the treatment, the phenomena of agranulocytosis was observed, which led to the death of 19 patients.

Conclusion. The developed tactics for the prevention and correction of leukopenia and enteral insufficiency makes it possible to carry out the full course of treatment and reduce mortality from complications of chemotherapy without disrupting the rhythm and treatment regimen. With full correction, there is no secondary infection in patients with chemotherapy.

Key words: infection, complications, chemotherapy, prevention

Актуальность

Существенные успехи в лечении онкогематологических заболеваний у детей в последние десятилетия являются следствием оптимизации химиотерапевтических протоколов. В то же время одновременно с интенсификацией терапии наблюдается рост удельного веса инфекционных осложнений, которые на сегодняшний день являются ведущей причиной летальности, не связанной с прогрессированием основного заболевания [4, 15].

Известно, что быстрое развитие инфекции обусловлено нарушениями, вызванными как самим заболеванием, так и иммуносупрессивным действием противоопухолевой терапии [13, 16]. Угнетение костномозгового кроветворения, снижение количества основных клеток-эффекторов иммунной системы, нарушение целостности и функционирования естественных анатомических барьеров вследствие противоопухолевой терапии значительно увеличивают риск проникновения экзогенных инфекционных возбудителей и являются комплексом основных первичных факторов, предрасполагающим к развитию инфекций у онкологических больных. В этой связи сохраняется актуальность уточнения характера инфекционных осложнений и особенностей видового состава микрофлоры организма, включая слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при современной противоопухолевой терапии, а также остается важным проведение микробиологического мониторинга зева и кишечника у пациентов [2, 4].

В настоящее время недостаточно данных о состоянии кишечного микробиоценоза у детей с НХЛ в разные периоды заболевания, а также о влиянии цитостатиков на межмикробные взаимодействия на фоне современной цитостатической терапии [14, 16]. Недостаточно изучен вопрос о клинической эффективности применения про- и пребиотиков, в том числе лактулозы, у больных в период развернутой клинико-гематологической картины для коррекции кишечной микрофлоры и превентивного лечения инфекционных осложнений у детей с НХЛ.

В нашей стране до настоящего времени исследования, посвященные изучению особенностей инфекционных осложнений у детей, получающих химиотерапию (ХТ), практически отсутствуют. Нет данных многоцентровых исследований по частоте, спектру и чувствительности микроорганизмов у детей с онкологическими заболеваниями. Все используемые рекомендации и стандарты,

касающиеся сопроводительной терапии, основаны на международном опыте и исследованиях, проведенных в зарубежных странах. Многочисленные исследования, проведенные в последние годы, показывают существенные отличия в характере инфекционных осложнений, видах и частоте определяемых микроорганизмов в разных странах в зависимости от нации и региона, поэтому дальнейшее изучение является актуальным и своевременным направлением.

Несмотря на относительно хороший прогноз лечения НХЛ у детей, главной проблемой этой группы является улучшение показателей лечения без увеличения поздних осложнений химиотерапии, которые связаны с плохой выживаемостью у детей и подростков [13]. При реализации программной химиотерапии у больных гемобластозами регистрируется высокая частота инфекционных осложнений, характер которых определяется рядом факторов, включая агранулоцитопению. Агранулоцитопения является одним из основных факторов развития инфекционных осложнений у больных ОМЛ и ОЛЛ. Корреляция длительных осложнений была высокой, вне зависимости от длительности гранулоцитопении [6, 9]. Инфекционные осложнения возникают статистически значимо чаще у больных с агранулоцитопенией в сравнении с больным без нее, а при увеличении периода агранулоцитоза от 1-7 до 22 дней и более частота инфекционных осложнений возрастала [11].

Основным принципом терапии инфекционных осложнений у больных с фебрильной нейтропенией является эмпирический подход к назначению антимикробных препаратов, когда их применяют при первых признаках инфекции, при лихорадке, до идентификации возбудителей инфекции [11]. Предупреждение передачи гемотрансмиссивных инфекций при трансфузии компонентов крови остается актуальной проблемой. Тяжелые инфекционные осложнения после проведения химиотерапии возникали в 62,4-76,4% случаев. Действенным методом профилактики подобных осложнений является технология патогенинактивации (ПИ) [5]. После химиотерапии повышается риск развития инфекции на фоне снижения числа нейтрофилов - фебрильной нейтропении, требующей применения системы лечебных и диагностических мероприятий, а также пристального внимания к больному ввиду повышенной частоты развития угрожающих жизни инфекционных осложнений. Для того, чтобы уменьшить смертность, связанную с

запоздалым лечением серьезных инфекций, развившихся на фоне нейтропении, большинству больных традиционно требуется госпитализация для проведения немедленной клинической оценки и назначения эмпирической терапии антибиотиками широкого спектра действия [9]. Инфекционные осложнения остаются одной из основных причин снижения эффективности химиотерапии. Клиническая картина герпесвирусных инфекций может быть крайне разнообразной. Кроме классического поражения слизистых и кожи, у больных могут возникать диспепсические симптомы, которые врачи редко связывают с герпесвирусной инфекцией [8]. Применение химиотерапии, а особенно высокодозной, может приводить к токсическим повреждениям органов и тканей с развитием угрожающих жизни осложнениями. Наиболее тяжелым является развитие критических состояний, к которым относятся органы нарушения, требующие коррекции нарушенных функций, а также полиорганная недостаточность, сепсис, септический шок. Инфекционные осложнения являются основной непосредственной причиной летальности у 75% больных с гемобластомами. У 80% больных инфекционные осложнения развивается на фоне нейтропении, а также отягощают проведение онкологического лечения [7].

Цель исследования

Оценить энтеральную недостаточность на фоне лейкопении у детей с НХЛ после проведения химиотерапии.

Материал и методы исследования

За 3 года наблюдения (2015-2017 гг.) в детском отделении ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ наблюдалось 102 (100%) больных НХЛ. Из 102 больных 72 (70,5%) - мальчики, 30 (29,5%) - девочки. Возраст пациентов был градирован следующим образом: от 0-4 года - 34 больных, 5-9 лет - 44, 10-14 лет - 18, 15-17 лет - 6.

В нашем исследовании больные были разделены на контрольную группу - 51 больной и основную группу - 51 больной. В контрольной группе больным при снижении лейкоцитов $<3,5 \times 10^9/L$ не проводили коррекцию лейкопении. В основной группе больным при снижении лейкоцитов $<4,0 \times 10^9/L$ проводили коррекцию лейкопении. Всем детям проводилось комплексное обследование.

Физикальное обследование включало общий клинический осмотр с обязательной оценкой всех групп периферических лимфоузлов, осмотр кожных покровов, пальпацию живота, определение размеров печени и селезенки.

Лабораторные исследования заключались в общеклинических и биохимических анализах крови, исследовании лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и щелочной фосфатазы (ЩФ).

Среди применяемых инструментальных исследований можно выделить ультразвуковое (УЗ), рентгенологическое исследования органов грудной клетки в двух проекциях, компьютерное исследование грудной клетки и органов брюшной полости (КТ).

Осуществлялся бак-посев кала на чувствительность к антибиотикам, измерение процентного соотношения лактофлоры до и после лечения. Этому виду исследования отдается основное предпочтение в нашей статье, так как именно определение чувствительности антибиотиков и лактофлоры дает возможность предотвратить энтеральную недостаточность. Всем детям перед госпитализацией было определен кишечный пейзаж до лечения и после на чувствительность к антибиотикам.

Статистическая обработка произведена согласно общепринятым стандартам.

Результаты и их обсуждение

Для нашего исследования были выбраны наиболее встречаемые осложнения в виде энтеральной недостаточности, что чаще всего развивалась на фоне лейкопении. В связи с чем были выбраны профилактика и коррекция энтеральной недостаточности на фоне лейкопении. Во время проведения химиотерапии отмечалось изменение показателей нейтрофилов в крови. В контрольной группе больным при лейкопении $<4,0 \times 10^9/L$ после химиотерапии была назначена лейкостимулирующая терапия, используя филгристим или нейпомакс. В основной группе дети получали лейкостимулирующую терапию.

В нашем отделении при лечении лейкопении использовалась классификация степени лейкопении Чеснокова Н.П. (2015) [9]. Согласно этой классификации, больных распределены следующим образом (табл. 1).

Как видно, в период агранулоцитоза у больных была отмечена тяжелая степень диареи, полиорганной недостаточности, что привело к летальному исходу 19 (37,2%) больных детей контрольной группы.

Больным в основной группе лейкостимулирующие препараты были назначены при показателях лейкоцитов в крови не меньше $<4,0 \times 10^9/L$. Оценка лейкоцитов проводилась как по лабораторным показателям - по улучшению степени диареи, так и клинически - по улучшению общего самочувствия.

Таблица 1

Распределение больных в контрольной группе

Осложнения		(n)	Назначение
лейкопения	диарея		
Лейкопения III степени $2,0 \times 10^9/L$	Дисбактериоз 4 ст.	n – 21	Нейпомакс 150 тыс./кг 2 раза в день
Лейкопения III степени $2,9 \times 10^9/L$	Дисбактериоз 2 ст.	n – 2	Филгристим 200 тыс./кг 4 раза в день
Лейкопения IV степени $1,0 \times 10^9/L$	Дисбактериоз 4 ст.	n – 28	Филгристим 200 тыс./кг 2 раза в день

Таблица 2

Распределение больных в основной группе

Осложнения		(n)	Назначение
лейкопения	диарея		
Лейкопения I степени $4,0 \times 10^9/L$	-	n – 17	Нейпомакс 150 тыс./кг. 2 раза в день
Лейкопения II степени $3,9 \times 10^9/L$	1 степени	n – 23	Филгристим 200 тыс./кг 2 раза в день
Лейкопения III степени $2,9 \times 10^9/L$	3 степени	n – 11	Филгристим 200 тыс./кг 4 раза в день
Агранулоцитоз	-	n – 0	-

При вторичных инфекционных осложнениях у больных основной группы был проведен микробиологический мониторинг штаммов, выделенных со слизистых оболочек носа, зева и кала, с определением их чувствительности к антибиотикам до лечения, в процессе химиотерапии, после лечения и в период ремиссии. Нами изучены характер, течение и риск лейкопении на фоне осложнений энтеральной недостаточности до и после проведения химиотерапии при неходжкинских лимфомах у детей. Необходимо отметить, что лидирующими клиническими проявлениями после проведения химиотерапии у детей были: лейкопения - у 89 (87,2%) больных, энтеральная недостаточность - у 69 (67,2%) больных. В Таджикистане проведено первое исследование по изучению этиологической структуры и чувствительности к антибиотикам до и после химиотерапии у больных с НХЛ у детей на фоне лейкопении. Также изучена и этиология возбудителей инфекции при энтеральной недостаточности на фоне лейкопении в основной группе. После проведения химиотерапии оказалось, что среди них преобладают грамположительные бактерии (45,5%), далее следуют грамотрицательные бактерии (18,8%), реже – грибы (7,8%) и анаэробные бактерии (3,7%) Выявлено, что основными

микроорганизмами является *Escherichia coli* (48,6%) и стафилококк (18,0%). Все больные получили антибиотикотерапию в зависимости от чувствительности флоры к антибиотикам, совместно с коррекцией нейтропении.

Для проведения адекватной антимикробной терапии после определения чувствительности к антибиотикам в период коррекции лейкопении при $> 4,2 \times 10^9/L$ были назначены вышеуказанные препараты. До лечения с учетом бактериального исследования кала высеяна следующая флора (виды стафилококка): *staphylococcus aureus* - у 14 (27,4%) больных, *staphylococcus intermedius* - у 7 (13,7%), *staphylococcus saprophyticus* - у 4 (7,8%), *staphylococcus epidermis* - у 11 (10,7%), *staphylococcus pneumonia* - 15 (14,8%).

После проведенного лечения, с учетом бактериального исследования кала, высеяна следующая флора (виды стафилококка): *staphylococcus aureus* - у 2 (3,9%) больных, *staphylococcus intermedius* - у 6 (11,7%), *staphylococcus saprophyticus* - у 4 (7,8%), *staphylococcus epidermidis* - у 3 (5,8%), *staphylococcus pneumonia*-5 (9,8%).

Антибиотики подбирались в зависимости от результатов бактериального посева. В основном, применялись цефтриаксон, цефтриаксон+сульбактам, гентамицин, цефатоксин.

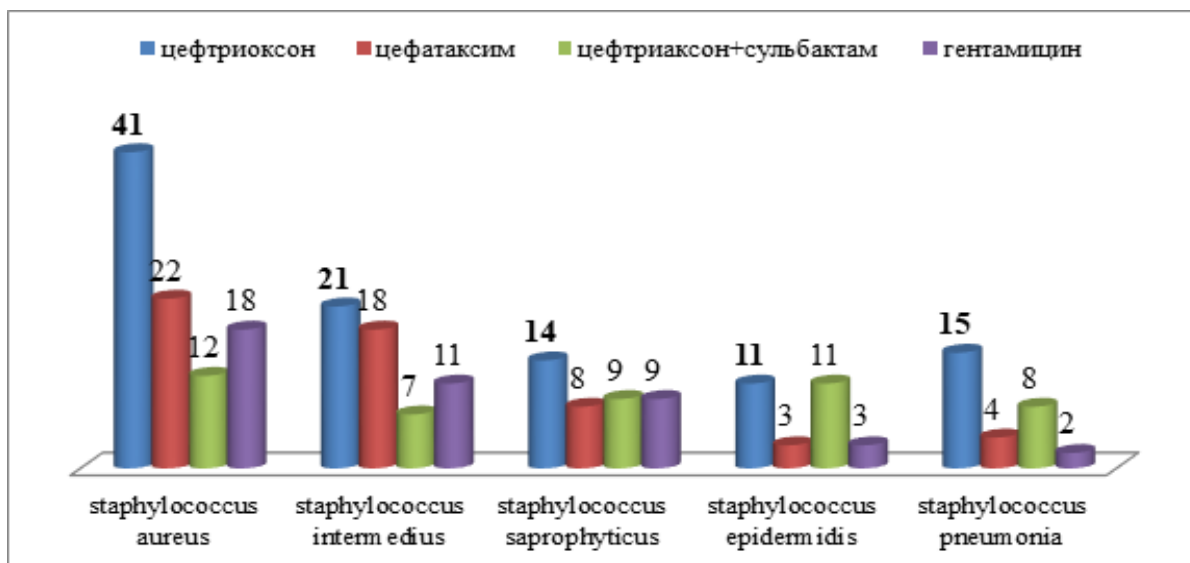


Рис. 1. Распределение больных до и после лечения с учетом бактериального исследования кала антибиотиками в основной группе

Одним из частых осложнений при химиотерапии у детей на фоне лейкопении является энтеральная недостаточность, которая приводила к ухудшению состояния больного, в результате чего нарушается и ритм лечения. Препараты группы пробиотиков и пребиотические продукты обеспечивают восстановление нормальной микрофлоры кишечника, повышают неспецифическую резистентность организма. Всем больным после определения микрофлоры кишечника

и её процентного соотношения был дополнительно назначен пробиотик и пребиотик. При ранней энтеральной поддержке (пробиотики вместе с пребиотиками) с базисной терапией отмечалось улучшение состояния нормальной грамположительной и грамотрицательной кишечной микрофлоры, что проявлялось увеличением бифидобактерий у 83%, лактобактерий у 87%, бактериоидов у 80%. Количество условно патогенных микроорганизмов уменьшилось у 76% (рис. 2).

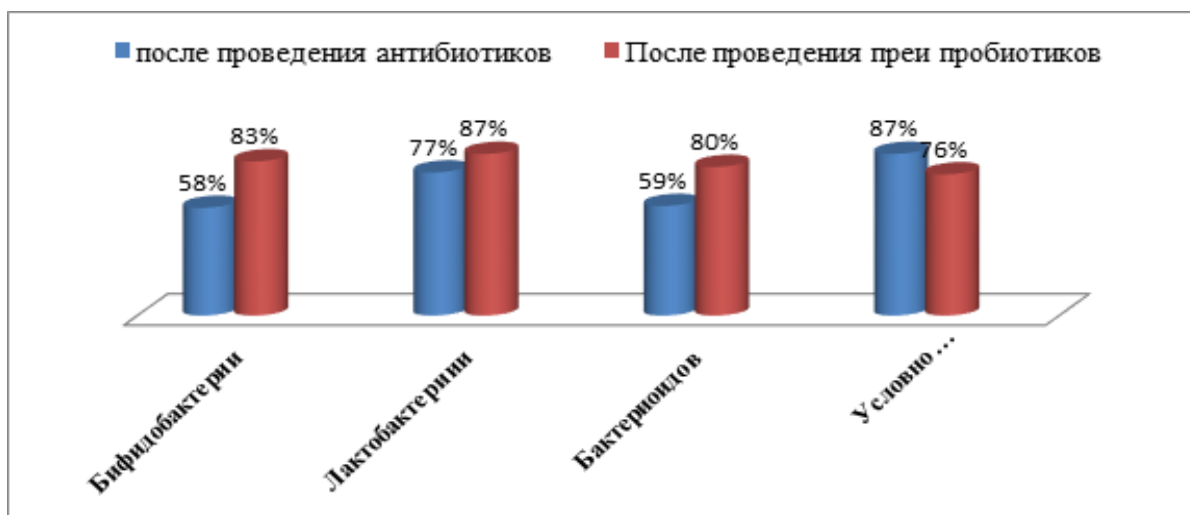


Рис. 2. Показатели флоры кишечника до и после лечения

Выделение возбудителя с определением чувствительности к антибиотикам позволило своевременно назначить рациональную антибактериальную терапию. Особенностью антибиотикотерапии в нашем исследовании являлось то, что учитывалась полимикробная этиология энтеральной недостаточности

с участием аэробных и анаэробных микроорганизмов, ориентируясь на данные бактериального исследования. При этом улучшились клинические проявления (рис. 3).

Влияющими на частоту летального исхода являются показатели лейкопении с присоединением вторичной инфекции. При лей-

копении у наших пациентов в контрольной группе наблюдалась инфекция в бак посевах зева и носа. У 38 (74,5%) больных при лейкопении ниже $2,3 \times 10^9$ наблюдалась инфекция верхних дыхательных путей, чаще острая респираторно-вирусная инфекция. Из них

бронхит был диагностирован у 17 (33,3%), пневмония - у 21 (41,1%) больного. По данным нашего исследования, у пациентов с наличием сопутствующей лейкопении длительность лечения инфекционных осложнений продолжалась от 7 до 11 дней.



Рис. 3. Сравнительный анализ клинических проявлений энтеральной недостаточности у детей до, во время и после профилактического применения про- и пребиотиков

В это время назначалась и корректирующая терапия. В связи с этим нарушался ритм проведения химиотерапии. В период лейкопении присоединение вторичной инфекции встречались чаще, чем при анемии. У 3 (5,8%) больных с лейкопенией после проведенной химиотерапии отмечалась динамическая кишечная непроходимость, которая выражалась парезом кишечника. В случае развития агранулоцитоза (показатели лейкоцитов с $1,0 \times 10^9$) инфекция присоединилась у 13 (12,7%) больных, которые в срочном порядке были госпитализированы, им проведена корректирующая терапия. Препаратом выбора в нашем исследовании был цефтриаксон, который был назначен после результатов бакпосева на чувствительность флоры. Он назначался в дозе 100 мг/кг/сутки. Также применялись лейкостимулирующие препараты (нейпомакс), который вводился внутривенно медленно в течение 1 часа. Нарушение кишечного микробиоценоза является важным фактором риска развития динамической кишечной непроходимости. Большое значение в развитии инфекционных осложнений имеет видовой состав микрофлоры после назначения антибиотиков. В каждом стационаре в зависимости от спектра применяемых антибиотиков, проведения противоэпидемических мероприятий, особенностей микрофлоры данной местности и других факторов формируется свой видовой состав микрофлоры. В течение времени он

может меняться, появляются новые патогенные микроорганизмы, так как в организме снижен иммунный статус и больные приобретали новые инфекции, снижается чувствительность существующих микроорганизмов к антимикробным препаратам. Поэтому так важен периодически проводимый тщательный анализ частоты и структуры инфекционных осложнений, анализ структуры микробиологического профиля в каждом отдельно взятом лечебно-профилактическом учреждении, что позволяет более правильно оценивать тяжесть и степень риска развития инфекции. Важно учитывать постоянное внедрение в практику новых антибактериальных и противогрибковых препаратов. Все выше изложенные факты важны для разработки более рациональных подходов к антибактериальной терапии и профилактике инфекционных осложнений.

После определения чувствительности к антибиотикам у больных после лечения отмечалось улучшение. Таким образом, в нашем исследовании при показателях лейкоцитов в крови $<6,0 \times 10^9$ /л после коррекции у больных не отмечалось вторичной инфекции.

Для профилактики лейкопении при показателях лейкоцитов ниже $4,0 \times 10^9$ /л больным назначались лейкостимулирующие препараты (нейпомакс в зависимости от массы тела ребенка назначался в дозе 5 мг/кг в сутки). После полученного лечения у детей уровень лейкоцитов крови повышался на 2-й день и

дальнейшее лечение (ПХТ) продолжалось без нарушения его схемы.

Больные, получившие ПХТ, при профилактике энтеральной недостаточности и коррекции лейкопении при уровне лейкоцитов $<4,0 \times 10^9/\text{л}$ в настоящий момент находятся на диспансерном учете в РОНЦ РТ. У этих больных определялась 1 степень (легкая) энтеральной недостаточности, которая вовремя корригировалась и основное лечение было продолжено. 45 (44,2%) больных в группе контроля нарушили ритм лечения из-за энтеральной недостаточности на фоне лейкопении. Несмотря на проводимые профилактические мероприятия, определялась энтеральная недостаточность тяжелой степени. При адекватном лечении и профилактике можно предупредить осложнения энтеральной недостаточности, что позволяет в непрерывном режиме продолжить дальнейшее химиотерапевтическое лечение. Разработан комплекс мероприятий, позволяющих уменьшить частоту и тяжесть

побочных реакций и осложнений во время проведения химиотерапии у детей.

Заклучение

Одним из самых грозных осложнений лейкопении является энтеральная недостаточность. Разработанная тактика профилактики и коррекции лейкопении и энтеральной недостаточности позволяет проводить в полном объеме курс лечения и уменьшить летальность от осложнений химиотерапии, при этом не нарушая ритма и схемы лечения. При полноценной коррекции также не наблюдается присоединения вторичной инфекции у больных, получающих химиотерапию. Таким образом, в основной группе профилактика лейкопении и энтеральной недостаточности позволила продолжить курс лечения без нарушения его ритма и уменьшить риск возникновения осложнений химиотерапии после её проведения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Джалилов А.Ф. Неходжинские лимфомы: основы классификации и иммуноцитохимической диагностики // Онкология.- 2014.- №15(4).- С. 264-272.
2. Клясова Г.А., Охмат В.А. Антимикробная терапия. Алгоритмы диагностики и протоколы лечения заболеваний системы крови / под. ред. В.Г. Савченко. М.: Практика, 2018.- Т. 2.- С. 1067-117.
3. Кузнецова Е.И. Нейробиологические показатели нейротоксичности у детей с лимфоидными опухолями // Онкопедиатрия.- 2015.- №. 2.(3).- С.34-42.
4. Моор Ю.В., Пospelova Т.И., Хальзов К. В. Комплексный подход к вопросам обеспечения компонентами крови // Гематология и трансфузиология.- 2014.- Т. 59, № S1.
5. Охмат В.А., Клясова Г.А., Паровечникова Е.Н. и др. Инфекционные осложнения у больных острыми лейкозами в зависимости от длительности гранулоцитопении // Онкогематология.- 2018.- №13 (3).- С. 55-62.
6. Чернова Н.Г. и др. Вторые опухоли при ангиоиммунобластной Т-клеточной лимфоме // Гематология и трансфузиология.- 2014.- Т. 59, №. S1.

REFERENCES

1. Dzhililov A. F. Nekhodzhkinskie limfomy: osnovy klassifikatsii i immunotsitokhimicheskoy diagnostiki [Non-Hodgkin's lymphomas: the basics of classification and immunocytochemical diagnosis]. *Onkologiya. [Oncology]*. 2014; 15(4): 264-272.
2. Klyasova G. A., Okhmat V. A., Savchenko V. G. *Antimikrobnaya terapiya. Algoritmy diagnostiki i protokoly lecheniya zabolevaniy sistemy krovi* [Antimicrobial therapy. Diagnostic algorithms and treatment protocols for diseases of the blood system]. Moscow, Praktika Publ., 2018; 2: 1067-117.
3. Kuznetsova E. I. Neyrobiologicheskie pokazateli neyrotoksichnosti u detey s limfoidnymi opukholyami [Neurobiological indicators of neurotoxicity in children with lymphoid tumors]. *Onkopediatriya. [Oncopediatrics]*. 2015; 2 (3): 34-42.
4. Moor Yu. V., Pospelova T. I., Khalzov K. V. *Kompleksnyy podkhod k voprosam obespecheniya komponentami krovi* [An integrated approach to the issues of providing blood components]. *Gematologiya i Transfuziologiya. [Hematology and Transfusiology]*. 2014; 59: S1.
5. Okhmat V. A., Klyasova G. A., Parovechnikova E. N., *Infektsionnye oslozhneniya u bolnykh ostrymi leykozami v zavisimosti ot dlitelnosti granulotsitopenii* [Infectious complications in patients with acute leukemia depending on the duration of granulocytopenia]. *Onkogematologiya. [Oncohematology]*. 2018; 13 (3): 55-62.
6. Chernova N. G., *Vtorye opukholi pri angioimmunoblastnoy T-kletochnoy limfome* [Second tumors in angioimmunoblastic T-cell lymphoma]. *Gematologiya i transfuziologiya. [Hematology and Transfusiology]*. 2014; 59: S1.

7. Чеснокова Н.П., Неважай Т.А., Понукалина Е.В. Приобретенные лейкопении: классификация, этиологические факторы, значение в развитии патологии // Международный журнал экспериментального образования.- 2015.- №7.- С.180-189.

8. Benmussa A., Mechtun M., Tissir R., TaziL., Mahmal L. Totracheal fistula complicating primary large-sized B-cell non-Hodgkin lymphoma: case study // Pan Afr Med J.- 2019.- Vol.17.- P. 32-43

9. Di Blfsi R., Cattaneo C., Lewis R.E. Febrile events in acute lymphoblastic leukemia; a prospective observational multicentric SEIFEM study (SEIFEM 2012/ ALL). // Ann Hematol.- 2018.- Vol. 97 (5).- P. 791-798.

10. Mitchell C., Auperin Sh., Perkins R. Overall survival of children and adolescents with mature B-cell non-Hodgkin lymphoma who had a refractory or recurrent disease during or after treatment with FAB / LMB 96: report of the FAB / LMB 96 study group. // Br J Haematol.- 2018.- Vol. 182 (6).- P. 859-869.

11. Warch J., Makarova O., Burkhardt B. Immunization and infectious complications after rituximab treatment in children and adolescents: what do we know and can learn from adults? // Crayfish (Basel).- 2015.- Vol. 7 (1).- P. 305-328.

7. Chesnokova N. P., Nevazhay T. A., Ponukalina E. V. Priobretennyye leykopenii: klassifikatsiya, etiologicheskie faktory, znachenie v razvitii patologii [Acquired leukopenias: classification, etiological factors, significance in the development of pathology]. *Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimentalnogo obrazovaniya. [International Journal of Experimental Education]*. 2015; 7: 180-189.

8. Benmussa A., Mechtun M., Tissir R., TaziL., Mahmal L. Totracheal fistula complicating primary large-sized B-cell non-Hodgkin lymphoma: case study. *Pan Afr Med J.*, 2019; 17: 32-43.

9. Di Blfsi R., Cattaneo C., Lewis R.E. Febrile events in acute lymphoblastic leukemia; a prospective observational multicentric SEIFEM study (SEIFEM 2012/ ALL). *Ann Hematol.* 2018; 97 (5): 791-798.

10. Mitchell C., Auperin Sh., Perkins R. Overall survival of children and adolescents with mature B-cell non-Hodgkin lymphoma who had a refractory or recurrent disease during or after treatment with FAB / LMB 96: report of the FAB / LMB 96 study group. *Br J Haematol.*, 2018; 182 (6): 859-869.

11. Warch J., Makarova O., Burkhardt V. Immunization and infectious complications after rituximab treatment in children and adolescents: what do we know and can learn from adults? *Crayfish (Basel)*, 2015; 7 (1): 305-328.

Сведения об авторах:

Хайталиева Назокат Раджабовна – врач детского отделения ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ; e-mail: amrulo2011@mail.ru

Хусейнзода Зафар Хабибулоевич – директор ГУ РОНЦ, д.м.н.; тел.: (+992) 93 488 29 29; e-mail: zafhab@mail.ru

Умарова Мохира Нуруллоевна – младший научный сотрудник, зав. отделением детской онкологии ГУ РОНЦ; тел.: (+992) 93 488 28 38

Мадаминова Зумрад Анваровна – врач детского отделения ГУ РОНЦ; тел.: (+992) 93 488 29 30; e-mail: madaminova.zumrad@mail.ru

Нозимов Рустам Давлатбекович – врач детского отделения ГУ РОНЦ; тел.: (+992) 93 488 29 21

Information about authors:

Khaytalieva Nazokat Radzhabovna – Doctor of the Pediatric Division of the State Establishment "Republican Oncological Scientific Center" of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan; e-mail: amrulo2011@mail.ru

Khuseynzoda Zafar Khabibuloevich – Director of the State Establishment "Republican Oncological Scientific Center" of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences; tel.: (+992) 93 488 29 29; e-mail: zafhab@mail.ru

Umarova Mokhira Nurulloevna – Research Assistant, Head of the Division of Pediatric Oncology of the State Establishment "Republican Oncological Scientific Center" of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan; tel.: (+992) 93 488 28 38

Madaminova Zumrad Anvarovna – Doctor of the Pediatric Division of the State Establishment "Republican Oncological Scientific Center" of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan; e-mail: madaminova.zumrad@mail.ru

Nozimov Rustam Davlatbekovich – Doctor of the Pediatric Division of the State Establishment "Republican Oncological Scientific Center" of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan; tel.: (+992) 93 488 29 21

НОРАСОИИ ЭНТЕРАЛӢ ДАР ЗАМИНАИ ЛЕЙКОПЕНИЯ ДАР КӢДАКОНИ
ГИРИФТОРИ ЛИМФОМАҲОИ ҒАЙРИХОҶКӢНИ ПАС
АЗ КИМИӢДАРМОНӢ

ҲАЙТАЛИЕВА Н.Р., ҲУСЕЙНЗОДА З.Х.,
УМАРОВА М.Н., МАДАМИНОВА З.А., НОЗИМОВ Р.Д.

МД "Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ"-и ВТ ва ҲИА ҶТ

Мақсади тадқиқот. Арзёбии норасоии энтерал дар кӯдакони дорои лимфомаҳои нехоҷкин (ЛН) бо лейкопения пас аз кимиёдармонӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар давраи солҳои 2015-2017. - 102 кӯдакони бемор бо таъхиси лимфомаи нехоҷкин ба қайд гирифта шуд, ки аз онҳо 72 нафар (70,5%) нафар писарон ва 30 нафарашон (29,5%) духтарон мебошанд. Сатҳи синнусолӣ: 0-4 сол - 34, 5-9 сол - 44, 10-14 сол - 18, 15-17 сол - 6 бемор. Ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: назоратӣ - 51 кӯдак, ки бо лейкопенияи 3.5 табобати лейкоцистимулӣ нагирифтанд, беиштар нишонаҳои норасоии рӯда доштанд; асосӣ - 51 нафар кӯдаконе, ки ҳангоми лейкопенияи 4.0 табобати лейкоцистимулӣ гирифтанд.

Натиҷаҳо. Нишонаҳои пешбари клиникӣ пас аз кимиёдармонӣ инҳо буданд: лейкопения - дар 87%, норасоии энтералӣ - дар 69% беморон. Тактикаи интиҳобшудаи пешгирӣ ва ислоҳи лейкопения то, пеш аз ва аз кимиёдармонӣ имкон дод, ки хавф ва басомади пайдоиши аворизҳо пас аз кимиёдармонӣ дар гурӯҳи асосии беморон коҳиш дода шавад. Дар гурӯҳи назоратӣ ҳангоми табобат падидаҳои агронулотситоз ба қайд гирифта шуд, ки боиси марги 19 бемор шуд.

Хулоса. Тактикаи таҳияшуда оид ба пешгирӣ ва ислоҳи лейкопения ва норасоии рӯда имкон медиҳад, ки курси пурраи табобат гузаронида шуда, фақат аз мушкilotи кимиёдармонӣ бидуни вайрон кардани реча ва нақшаи табобат кам карда шавад. Бо ислоҳи пурра дар беморон дар заминаи кимиёдармонӣ сирояти дуюмдараҷа вучуд надорад.

Калимаҳои асосӣ: сироят, мушкilot, кимиёдармонӣ, пешгирӣ

УДК 616-036.865-053.2

ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ХАЛИКОВА М.Д., БОЙМУРОДОВ Б.Н., ВОХИДОВ А.В.

ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”»

Цель исследования. Изучить обеспечение полицейского контроля, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности детей-инвалидов.

Материал и методы. Исследования основаны на анализе медицинских документов: «Карта ребенка-инвалида», отчеты ГУ «Республиканский центр медико-социальной экспертизы людей с ограниченными возможностями г. Душанбе», учетная форма 31 «Отчет о медицинской помощи детям».

Результаты. На возраст от 0 до 9 лет приходится более 62% случаев, когда дети впервые признаются инвалидами. Всего в Таджикистане в 2017 г. число детей-инвалидов составило 25995, что соответствует 0,75% среди детей возраста 0-17 лет. Классы болезни (F00-F99) наиболее чаще регистрировались среди детей в возрасте 0-4 года. Частота заболеваний нервной системы с возрастом также снижается: у детей 0-4 лет – 30,3%, 15-17 лет – 16,7%.

Заключение. Более половины случаев детской инвалидности приходится на возраст 0-14 лет. В 2017 г. отмечено снижение показателей детской инвалидности (темп убыли – 0,9%). В 2017 г. самый высокий показатель впервые признанных инвалидами приходится на возраст 5-9 лет – 8,9%. Ведущие ранговые места занимают заболевания, связанные с болезнями нервной системы, психическими расстройствами, – 57,4% и врожденные аномалии развития – 16,2%. Частота заболеваний нервной системы с возрастом детей снижается.

Ключевые слова: дети-инвалиды, классы заболеваний, ранговые места

CAUSE AND EFFECTIVE FACTORS OF CHILDREN'S DISABLED IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

KHALIKOVA M.D., BOYMURODOV B.N., VOKHIDOV A.V.

State Establishment Medical Complex "Istiklol"

Aim. To study the provision of police control and disabilities and social insufficiency of children with disabilities.

Material and methods. The research is based on the analysis of medical documents "Card of a disabled child", reports of the State Establishment "Republican Center for Medical and Social Expertise of People with Disabilities in Dushanbe", registration form 31 "Report on medical care for children."

Results. For age from 0 to 9 years old accounts more than 62% of cases when children are first recognized as disabled. In total, in Tajikistan in 2017, the number of disabled children was 25995, which corresponds to 0,75% among children aged 0-17 years. Disease classes (F00-F99) were most often recorded among children aged 0-4 years. Diseases of the nervous system also decrease with the age of children, in children 0-4 years old – 30,3%, 15-17 years old – 16,7%.

Conclusion. More than half of cases of childhood disability occur in the age of 0-14 years. In 2017, a decrease in the indicators of child disability was noted (the rate of decline was 0,9%). In 2017, the highest first time recognized as disabled rate falls on the age of 5-9 years – 8,9 o/oo. The leading ranking places are occupied by diseases associated with diseases of the nervous system, mental disorders – 57,4% and congenital malformations of 16,2%. Diseases of the nervous system decrease with the age of children.

Key words: disabled children, classes of diseases, ranking places

Актуальность

По данным различных источников, на современном этапе всего до 10-15% детей различных возрастных групп можно отнести к когорте здоровых. Состояние здоровья детей имеет большую зависимость от целого ряда факторов риска, более 2/3 из них начинает воздействие на организм ребенка еще в ante-, интра- и в постнатальном периодах. В раннем

детстве они обуславливают возникновение различных функциональных отклонений в процессе роста и развития ребенка и в итоге провоцируют возникновение болезней и инвалидизации [1, 4].

Детская инвалидность относится к одной из сложных медико-социальной проблем, которые определяются множеством факторов: демографическими, экологическими,

социально-экономическими и, наконец, медико-организационными. В этой связи детская инвалидность является довольно значимой и в большинстве случаев неразрешимой проблемой отрасли здравоохранения и социальной защиты.

Известно, что на формирование, состояние здоровья, поведение и обучение ребенка существенное влияние оказывают семья и быт, в которых происходят формирование, рост и развитие ребенка с раннего возраста [2, 3, 4]. Возникающие существенные проблемы ухудшения здоровья детей незамедлительно способствуют формированию ограничения жизнедеятельности, что в конечном итоге составляет основу маркера медико-социального неблагополучия, итогом чего является ухудшение показателей общественного здоровья.

В различных странах показатель распространенности детской инвалидности отличается. В Китае он составляет 5,0%, в Великобритании - 2,7%, в Саудовской Аравии - 6,3%, в США - 12,8% [5, 6, 7], в Российской Федерации - 4,6% [3, 4, 5]. По городу Душанбе за последние пять лет этот показатель имел тенденцию к снижению – с 1,3% до 1,04% от общего числа детей до 17 лет [3].

Необходимо отметить тот факт, что своевременная диагностика инвалидности имеет достаточно важное значение. Зачастую неучтенными остаются дети, у которых имеется легкая, не столь выраженная форма отклонения и ограничения жизнедеятельности [7]. Как правило, детям до 1 года инвалидность не оформляется в 100% случаев, далее распределение по возрастам следующее: до 2 лет - 57,5%, до 6 лет - 32,4%, до 14 лет - 25% и в итоге от 0 до 14 лет - 40,0% случаев [3, 4]. Сложность данной проблемы заключается в признании инвалидом ребенка со сложностями клинического проявления ведущей патологии. Другая проблема связана с тем, что возникают трудности в объективной оценке возникшей или имеющей место степени функциональных нарушений в раннем возрасте, особенно в грудном [5, 6].

В настоящее время установленным фактом является то, что основополагающим моментом определения ребенка инвалидом считается заболевание, в конечном этапе приводящее к соответствующим последствиям, из-за которых ребенок не в состоянии вести обычную для своего возраста жизнь [3, 5, 7].

Как следствие этого, возрастающее число детей-инвалидов в последующем оказывает существенное влияние на ухудшение демо-

графических показателей, что в итоге приводит к ухудшению качества жизни населения, снижая тем самым трудовой и оборонный потенциал страны.

Другой достаточно важной проблемой детской инвалидности является ее влияние на медико-социальную и экономическую составляющие, обуславливая возникающие большие экономические потери, связанные с прямыми расходами на пенсии, социальные нужды, лечение и реабилитацию инвалидов, в то же время принося колоссальный урон экономическому потенциалу [3, 4]. Следовательно детская инвалидность продолжает оставаться глобальной проблемой любого государства и затрагивая интересы всех слоев населения [6, 7].

Цель исследования

Изучить обеспечение полицейского контроля, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности детей-инвалидов.

Материал и методы исследования

В процессе выполнения работы были использованы медицинские документы: «Карта ребенка-инвалида», основанная на данных «Международной классификации болезней, травм и причин смерти» МКБ-10; отчеты Государственного учреждения «Республиканский центр медико-социальной экспертизы людей с ограниченными возможностями г. Душанбе»; учетная форма 31 «Отчет о медицинской помощи детям».

Статистическая обработка основана на методологии доказательной медицины, включающей случайную выборку, метод «случай-контроль», когортный метод.

Результаты и их обсуждение

По данным различных авторов, показатель частоты инвалидности детей раннего возраста варьирует в пределах от 20% до 45% [2–4]. Анализ возрастной зависимости частоты инвалидности среди детей показал (табл. 1), что чаще всего число детей с ограниченными возможностями регистрируется в возрастной группе от 5 до 14 лет - более 64% от общего числа детей-инвалидов. Половое различие по числу детей-инвалидов демонстрирует то, что во всех возрастных группах число мальчиков превалирует, в среднем составляя 53,7%.

В 2017 г. по стране впервые инвалидами были признаны 3116 детей (табл. 2). Имеется значимое различие частоты впервые установленной инвалидности среди детей в зависимости от возраста. Чаще всего дети впервые признаются инвалидами в возрасте от 0 до 9 лет - 62% случаев. Каждый 5-й ребенок (21,6%) был впервые признан инвалидом

в возрасте 10-14 лет, с увеличением возраста показатель снизился до 16,7%. Среди детей в возрасте от 0 до 14 лет, которые впервые

были признаны инвалидами, более половины случаев составили мальчики (53,1% - 52,1% соответственно).

Таблица 1

Распределение детей-инвалидов по возрасту (2017 г.)

Возраст	0-4 год	5-9 лет	10-14 лет	15-17 лет	всего
Всего	4590	8862	8287	4130	25869
%	17,7	34,2	32,0	15,9	
Мальчики, %	54,5	52,7	54,7	52,8	53,7
Девочки, %	45,4	47,2	45,2	47,1	46,2

Таблица 2

Распределение детей с впервые установленной инвалидностью по возрасту и полу (2017 г.)

Возраст	0-4 года	5-9 лет	10-14 лет	15-17 лет	Всего
Всего	962	973	669	512	3116
%	31,1	31,6	21,6	16,5	
Мальчики, %	53,1	54,8	52,1	49,6	52,3
Девочки, %	46,8	45,1	47,8	50,3	47,6

В структуре номенклатур системы социальной защиты применяется терминология «первичная инвалидность», характеризующая инвалидность, которая признана по результатам впервые проведенного освидетельствования граждан в соответствующих государственных структурах. Уполномоченным органом для проведения оценки степени инвалидности является бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ). Из этого следует, что первично признанными инвалидами является группа граждан, которые в течение календарного года впервые признаны инвалидами (ВПИ) по причине социальных факторов или по заболеваемости [4, 6].

Суммарный показатель общей детской инвалидности состоит из следующих составляемых - впервые признанных инвалидами

(ВПИ) и повторно признанных инвалидами (ППИ). Всего в Таджикистане среди детей в возрасте 0-17 лет в 2017 г. общее число детей-инвалидов (ДИ) составило 25995 человек, что соответствует 0,75%. В этом же году показатель общего числа ДИ составил 75,3 на 10 000 детского населения. В 2014 г. число ДИ составило 25298, что, по сравнению с 2017 г., меньше на 697 случаев. В 2017 г. отмечено снижение показателей детской инвалидности (Туб. - 0,9%).

Показатель ППИ среди детей в возрасте 10-14 лет в 2017 г. (табл. 3) был самым высоким, по сравнению с другими возрастными группами – 96,3%, тогда как среди детей в возрасте 0-4 года был ниже в 2,2 раза и соответствовал 41,9/000, такая же динамика установлена и в возрастной группе 15-17 лет.

Таблица 3

Детская инвалидность с учетом возраста детей на 10 000 детского населения соответствующего возраста (2017 г.)

Возраст	0-4 года	5-9 лет	10-14 лет	15-17 лет
Повторно признаны инвалидами	41,9	81,3	96,3	48,2
Впервые признаны инвалидами	8,3	8,9	7,7	5,9

В 2017 г. самый высокий показатель ВПИ установлен среди детей в возрасте 5-9 лет – 8,9%, что по сравнению с возрастной группой 0-4 года несколько меньше (Туб. – 0,6%). Одна-

ко, среди детей в возрасте 15-17 лет показатель Туб. составляет 3%. Следовательно, не во всех возрастных группах в течение года регистрируются идентичные показатели ВПИ.

Таблица 4
Распределение детей с впервые установленной инвалидностью по возрасту (2017 г.)

Нарушения	Возраст детей				Ранговое место
	0-4 года	5-9 лет	10-14 лет	15-17 лет	
	%	%	%	%	
Психические расстройства (С00-С97)	10,9	14,2	15,9	31,4	1
Болезни нервной системы (F00-F99)	40,3	39,5	35,4	31,4	1
Болезни глаза (H00-H59)	8,7	8,7	9,3	10,7	2
Болезни уха, горла и носа (H60-H95)	7,8	8,5	8,6	8,50	3
Болезни системы кровообращения (I00-I99)	0,9	1,2	1,20	0,9	10
Болезни системы дыхания (J00-J99)	0,8	0,8	0,8	0,7	10
Болезни ЖКТ (K00-K93)	0,5	0,4	0,4	0,5	8
Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)	0,2	0,2	0,5	0,9	8
Болезни эндокринной системы (E00-E90)	1,1	1,8	2,5	4	9
Болезни моче-половой системы (N00-N99)	1,10	1,89	2,0	2,4	7
Врожденные пороки развития (хромосомные нарушения) (Q00-Q99)	10,9	8,1	7,3	6,6	4
Врожденные пороки сердца (Q21- Q24)	6,2	4,6	3,6	3,2	6
Синдром Дауна (Q90)	2,8	1,9	1,7	1,4	12
Болезни мышц и костей (M00-M99)	6,9	7	9,2	9,5	5
Травмы, отравления, ожоги (S00-T98)	0,8	0,6	0,8	1,1	11

Проведя анализ причин ВПИ (табл. 4) среди детей всех возрастных групп, установлено, что 1 ранговое место занимают классы болезни по кодам МКБ-10 С00-С97; F00-F99. Показатель Тпр. (+ 21,0%) среди групп заболеваний С00-С97 с увеличением возраста нарастал. Классы болезни F00-F99 наиболее чаще регистрировались среди детей в возрасте 0-4 года, с увеличением возраста детей, напротив, показатель частоты данной группы заболеваний снижается (Туб. – 8,9%). Вторую позицию в структуре ВПИ занимают классы заболеваний с кодами по МКБ-10 H00-H59. Существенного

различия между возрастными группами не установлено, колебания среди младенцев 0-4 лет и подростков составили +2,0%. Болезни H60-H95, как причины ВПИ, занимают третью позицию, темп прироста среди детей данного возраста составил Тпр. +0,7%. Четвертый уровень занимают классы болезней с кодами по МКБ-10 Q00-Q99, с возрастом данный класс заболеваний в структуре ВПИ имеет четкую тенденцию к снижению (Туб. -3,8%). Следующая степень отличия связана с классами болезней по кодам МКБ-10 M00-M99, частота которых с возрастом увеличивается (Тпр. +2,6%).

Проведенные нами исследования показали, что уровень заболеваемости ДИ всех возрастных групп от 0 до 17 лет, сформированный по данным обращаемости, более чем в 2,5 раза выше, чем среди здоровых сверстников. Структура причин детской инвалидности от 0 до 17 лет (табл. 5) по нозологическим формам остается достаточно стабильной. Как и в другие годы, ведущие позиции занимают заболевания, связанные с болезнями нервной системы (БНС), психические расстройства (ПР) - 57,4% и врожденные пороки развития (ВПР) - 16,2%. Первые 3 класса причин инвалидности составляют 73,5%, а общее число детей - 17336. Группа инфекционных и соматических болезней в совокупности составляет 16,5%. Болезни глаза, ЛОР-органов суммарно превышают 19,4%.

С увеличением возраста детей происходит изменение в позиции заболеваний в структуре детской инвалидности. Классы заболеваний (ПР) у детей в возрастной группе 0-17 лет составляли 16,2%, у подростков частота их регистрации отмечена более чем у 2/3 (63,7%) детей.

Каждому возрастному периоду детства свойственны определенные качественные детерминанты, которые необходимо учитывать при экспертизе инвалидности у детей. Число заболеваний НС с возрастом детей снижается: так, у детей 0-4 лет они составляют 30,3%, 15-17 лет – 16,7%. На класс инфекционно-соматических заболеваний суммарно в возрастной группе 0-17 лет приходится 6,8%, тогда как среди детей в возрасте 15-17 лет их количество снизилось почти в два раза – 3,7%. Частота показателей ВПР среди детей 0-4 лет – 16,2%, у детей 15-17 лет - Туб. - 10,2%. Однако, если у детей 0-4 лет лидирующую позицию занимают заболевания НС – 41,1%, то у подростков увеличивается удельный вес детей с БНС и ПР – 63,7%.

Указанные причины детской инвалидности, в основном, и определяют качественный и количественный состав среди представителей различных возрастных групп. Выявленные отклонения интеллектуального и физического развития в большинстве случаев способствовали формированию различного характера ограничений жизнедеятельности ДИ.

Среди ДИ в большинстве случаев не следует ожидать высоких показателей физического развития по той причине, что на них оказывают существенное влияние тяжесть имеющегося хронического заболевания и время его возникновения.

Таблица 5

Заболевания, обусловившие возникновение инвалидности у детей

Возраст	0-17 лет		0-4 год		5-9 лет		10-14 лет		15-17 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего	23527	100	6404	100	8858	100	10188	100	7554	100
Инфекционно-соматические заболевания	1614	6,8	175	2,7	490	5,5	453	4,4	287	3,7
Психические нарушения и расстройства поведения	3825	16,2	2467	38,5	1973	22,2	4257	41,7	4814	63,7
Болезни нервной системы	9686	41,1	1944	30,3	3536	39,9	2938	28,8	1268	16,7
Болезни глаза и его придатков	2377	10,1	438	6,8	784	8,8	772	7,5	383	5
Болезни уха и сосцевидного отростка	2200	9,30	374	5,8	764	8,7	717	7	345	4,5
Врожденные аномалии	3825	16,2	1006	15,7	1311	14,8	1051	10,30	457	6

Заклучение

Более половины случаев ДИ приходится на возраст 0-14 лет. В 2017 г. отмечено снижение показателей детской инвалидности (Туб.-0,9%). В 2017 г. самый высокий показатель ВПИ приходится на возраст 5-9 лет – 8,9%. Ведущие позиции в структуре ДИ занимают

заболевания, связанные с болезнями БНС, ПР - 57,4% и ВПР -16,2%. Заболевания нервной системы с возрастом детей снижаются: у детей 0-4 лет – 30,3% до 16,7% - у подростков.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.- №4.- С. 417-423
2. Цыбульская И.С., Цыбульский В.Б., Монахов М.В. Коэффициенты инвалидизации детей как показатели частоты и тяжести заболеваний, адекватности установления инвалидности (работы МСЭК) и степени ее предотвратимости // Социальные аспекты здоровья населения http://vestnik.mednet.ru/content/view/202/30/lang_ru_RU.CP1251/
3. Носирова М.П., Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Д., Умарова З.К. Структура заболеваний, обусловивших инвалидность среди детей города Душанбе // Вестник Авиценны.- 2019.- Т. 21, № 4.- С. 603-609
4. Камилова Г.И., Ашурова Н.С., Чудинов А.В., Гаирова М.Г. Основные факторы, обуславливающие первичную инвалидность населения Республики Таджикистан // Вестник Авиценны.- 2015.- № 3.- С. 102-106.
5. Мавлонов А.П., Косимова М.С., Сулаймонов И.И. Результаты исследования комплексной медико-социальной реабилитации детей с перинатальным поражением нервной системы // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана.- 2018.- Т.8, №4.- С. 437-442.
6. Джабаров Т.С., Гаиров А.Г., Лукьянов Н.Б., Ашуров Ш.С. Некоторые аспекты здоровья и доступность медико-санитарных услуг детям и подросткам в Республике Таджикистан // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.- 2019.- №3.- С. 19-24
7. Магзумова Ф.П., Хакназарова С.Ш., Одинаева Н.В. Оценка функционирования медико-социальной модели реабилитации инвалидов в Республике Таджикистан // Вестник Академии медицинских наук

REFERENCES

1. Ruziev M. M., Abdurakhimov A. A., Gaibov A. G., Bogodirova M. N. Detskaya invalidnost kak mediko-sotsialnaya problema v Tadjikistane [Childhood disability as a medical and social problem in Tajikistan]. *Vestnik Akademii Meditsinskikh Nauk Tadjikistana*. [Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan]. 2019; 4: 417-423.
2. Tsybul'skaya I. S., Tsybul'skiy V. B., Monakhov M. V. Koeffitsienty invalidizatsii detey kak pokazateli chastoty i tyazhesti zabolevaniy, adekvatnosti ustanovleniya invalidnosti (raboty MSEK) i stepeni ee predotvratimosti [Isability rates of children as indicators of the frequency and severity of diseases, the adequacy of establishing disability (MSEC work) and the degree of its preventability]. *Sotsialnye aspekty zdorovya naseleniya [Social Aspects of Population Health]*. http://vestnik.mednet.ru/content/view/202/30/lang_ru_RU.CP1251/
3. Nosirova M. P., Inomzoda D. I., Edgorova M. D., Umarova Z. K. Struktura zabolevaniy, obuslovivshikh invalidnost sredi detey goroda Dushanbe [The structure of diseases that caused disability among children of the city of Dushanbe]. *Vestnik Avitsenny*. [Avicenna Bulletin]. 2019; 21, 4: 603-609.
4. Kamilova G. I., Ashurova N. S., Chudinov A. V., Gaibova M. G. Osnovnye faktory, obuslovliyayushchie pervichnuyu invalidnost naseleniya Respubliki Tadjikistan [The main factors that determine the primary disability of the population of the Republic of Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny*. [Avicenna Bulletin]. 2015; 3: 102-106.
5. Mavlonov A. P., Kosimova M. S., Sulaymonov I. I. Rezultaty issledovaniya kompleksnoy mediko-sotsialnoy reabilitatsii detey s perinatalnym porazheniem nervnoy sistemy [Results of the study of complex medical and social rehabilitation of children with perinatal lesions of the nervous system]. *Vestnik Akademii Meditsinskikh Nauk Tadjikistana*. [Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan]. 2018; 8, 4: 437-442.
6. Dzhabarov T. S., Gaibov A. G., Lukyanov N. B., Ashurien Sh. S. Nekotorye aspekty zdorovya i dostupnost mediko-sanitarnykh uslug detyam i podrostkam v Respublike Tadjikistan [Some aspects of health and the availability of health services for children and adolescents in the Republic of Tajikistan]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya*. [Herald of institute of postgraduate education in health sphere]. 2019; 3: 19-24.
7. Magzumova F. P., Khaknazarova S. SH., Oдинаeva N. V. Otsenka funktsionirovaniya mediko-sotsialnoy modeli reabilitatsii invalidov v Respublike Tadjikistan [Assessment of the functioning of the medical and social

Таджикистана.- 2018.- Т.8, №3.- С. 319-325/

model of rehabilitation of disabled people in the Republic of Tajikistan]. *Vestnik Akademii Meditsinskikh Nauk Tadjhikistana. [Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan]*. 2018; 8, 3: 319-325.

Сведения об авторах:

Халикова Мархабо Джурабаевна – врач-педиатр ГУ «Республиканский центр медико-социальной экспертизы людей с ограниченными возможностями г. Душанбе»; тел.: (+992) 988 43 11 45; e-mail: marhabo.khalikova@gmail.com

Боймуродов Бобомурод Насридинович – зам. директора по лечебной работе ГУ «Республиканский детский реабилитационный центр»; тел. (+992) 908 88 04 32

Вохидов Абдусалом Вохидович – ведущий научный сотрудник ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”», д.м.н., профессор; тел. (+992) 907 70 79 96; e-mail: avokhidov@hotmail.com

Information about authors:

Khalikova Markhabo Dzhurabaevna – Pediatrician of the State Establishment «Republican Center for Medical and Social Expertise of People with Disabilities, Dushanbe»; tel.: (+992) 988 43 11 45; e-mail: marhabo.khalikova@gmail.com

Boymurodov Bobomurod Nasridinovich – Deputy Director for Medical Work of the State Establishment «Republican Children's Rehabilitation Center»; tel. (+992) 908 88 04 32

Vokhidov Abdusalom Vokhidovich – Leading Researcher of State Establishment Medical Complex "Istiklol", Doctor of Medical Sciences, Full Professor; tel. (+992) 907 70 79 96; e-mail: avokhidov@hotmail.com

**ОМИЛҶОИ МАЪЮБИИ КЎДАКОН ДАР
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

ХОЛИҚОВА М.Д. БОЙМУРОДОВ Б.Н., ВОҲИДОВ А.В.

МД Маҷмааи тиббии "Истиқлол"

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши таъминоти назорати берунӣ, маҳдудияти фаъолияти ҳаётӣ ва норасоии иҷтимоии кӯдакони маъюб.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқот дар асоси таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббии «Корти маъюби кӯдак», ҳисоботҳои МД "Маркази ҷумҳуриявии ташхиси тиббӣю иҷтимоии маъюбон дар шаҳри Душанбе", шакли бақайдгирии 31 "Ҳисобот дар бораи ёрии тиббии кӯдакон" гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Зиеда аз 62% ҳолатҳое, ки кӯдакон бори аввал маъюб эътироф карда мешаванд, ба кӯдакони аз 0 то 9 сола рост меояд. Ҳамагӣ, дар Тоҷикистон дар соли 2017 шумораи кӯдакони маъюб 25995 нафарро ташкил додааст, ки ба 0,75% дар байни кӯдакони 0-17 сола мувофиқ аст. Гуруҳи бемориҳо (200-299) бештар дар байни кӯдакони 0-4 сола ба қайд гирифта шуданд. Басомади бемориҳои системаи асаб низ бо гузашти синну сол коҳиш меёбад: дар кӯдакони 0-4 сола - 30,3%, 15-17 сола - 16,7%.

Хулоса. Зиеда аз нисфи ҳолатҳои маъюбии кӯдакон дар синни 0-14 сола рух медиҳанд. Дар соли 2017 пастшавии нишондиҳандаҳои маъюбии кӯдакон қайд карда шуд (сатҳи паст шудан - 0,9%). Дар соли 2017, баландтарин сатҳи СБМ ба синни 5-9 сола рост меояд - 8,9 о/ооо. Ҷойҳои асосиро бемориҳои марбут ба бемориҳои системаи асаб ишғол мекунанд, ихтилоли рӯҳӣ - 5 74% ва нуқсонҳои модарзодӣ - 16,2%. Басомади бемориҳои системаи асаб низ бо гузашти синну сол коҳиш меёбад: дар кӯдакони 0-4 сола - 30,3%, 15-17 сола - 16,7%.

Калимаҳои асосӣ: кӯдакони маъюб, гуруҳи бемориҳо, ҷойҳои асосӣ

УДК 618.3/.4+616.9

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ЧАСТОТУ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

ИШАН-ХОДЖАЕВА Ф.Р., КАМИЛОВА М.Я., ЮНУСОВА М.М.

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

В представленном обзоре проанализированы сведения из литературных источников о влиянии коронавирусной инфекции на частоту преждевременных родов. Установлен рост частоты преждевременных родов и кесарева сечения у беременных с COVID-19. Остаются нерешенными вопросы, касающиеся причин роста частоты преждевременных родов при COVID-19 - частота преждевременных родов при различных степенях тяжести заболевания, необходимость досрочного родоразрешения или ятрогенность, риски состояний, требующих досрочного родоразрешения у беременных с COVID-19.

Ключевые слова: преждевременные роды, COVID-19, вертикальный путь передачи инфекции

IMPACT OF COVID-19 ON PREMATURE RATE

ISHAN-KHODZHAIEVA F.R., KAMILOVA M.YA., YUNUSOVA M.M.

State Establishment "Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Presented review analyzes information from the literature on the effect of coronavirus infection on the incidence of preterm birth. An increase in the incidence of premature birth and cesarean section in pregnant women with COVID-19 has been established. Questions remain unresolved regarding the reasons for the increase in the incidence of preterm birth in COVID-19 - the frequency of preterm birth at various degrees of severity of the disease, the need for early delivery or iatrogenicity, the risks of conditions requiring early delivery in pregnant women with COVID-19.

Key words. premature birth, COVID-19, vertical transmission

В настоящее время преждевременные роды остаются актуальной проблемой для дальнейших научных исследований в связи с рядом обстоятельств. Прежде всего, это связано с широкой распространенностью данного осложнения и отсутствием динамики снижения частоты в последние несколько десятилетий. Значимость проблемы возрастает в связи с периодом пандемии коронавирусной инфекции во всем мире и, возможно, с ростом частоты преждевременных родов [1, 7].

11 марта 2020 года ВОЗ объявила пандемию коронавирусного заболевания Covid-19, эпидемия которой началась в Китае в декабре 2019 года (ВОЗ). Covid-19 во время беременности представляет собой серьезную проблему. Статистические данные показывают, что примерно 7-10% беременных с Covid-19 госпитализируются в отделения интенсивной терапии и в 1% случаев акушерскими исходами является материнская смертность [14].

Известно, что состояние беременности характеризуется более высокой восприимчивостью к вирусным инфекциям. Традиционно считалось, что респираторные инфекции у беременных повышают риск тяжелых заболеваний, что связано с физиологическими изменениями во время беременности: повышенной нагрузкой на легкие во время беременности, иммуносупрессией и гиперкоагуляционным состоянием. Так, течение атипичной пневмонии SARS-CoV и MERS-CoV более тяжелое, чем у небеременных, а летальность может достигать 50%. Однако отмечено, что Covid-19 у беременных женщин протекает более доброкачественно. Авторы предполагают, что физиологические изменения иммунной системы во время беременности обеспечивают невыраженный противовоспалительный ответ, что в свою очередь ослабляет «цитокиновый шторм», играющий главную роль в патогенезе критических осложнений инфекции Covid-19. Показано, что беременные с Covid-19 не

имеют более высокого риска критических пневмоний, по сравнению с небеременными женщинами [11, 16, 20, 21, 26, 28].

Преждевременные роды могут происходить спонтанно. Определенную долю преждевременных родов составляют индуцированные преждевременные роды или необходимость родоразрешения в недоношенном сроке путем операции кесарева сечения. В этом плане актуально изучение вопросов влияния коронавирусной инфекции на частоту преждевременных родов [24].

У инфицированных беременных женщин установлена более высокая частота самопроизвольных аборт, преждевременных родов, дородового разрыва плодных оболочек и дистресса плода, что приведено в двух систематических обзорах [2, 8].

Согласно исследованиям Shmakov R.G. и соавт., частота преждевременных родов у беременных с Covid-19 составила 19%. Примерно такие же данные представлены в систематическом обзоре Huntley V.J.F. и соавт. (2020), которые идентифицировали 99 статей, отобрали 13 статей (435 беременностей, осложненных инфекцией, с известными исходами): частота преждевременных родов составила 20,1% при частоте кесарева сечения - 84,7%, вертикальной передаче инфекции - 0,0% и уровне неонатальной смертности - 0,3%. При этом авторы считают, что высокие цифры преждевременных родов и кесарева сечения в раннем периоде пандемии, возможно, связаны с географическими особенностями используемой практики ведения пациенток с Covid-19 [15, 25].

Сравнение акушерских и перинатальных исходов при Covid-19 и при других видах коронавирусной инфекции установило увеличение риска и частоты преждевременных родов, частоты синдрома задержки развития плода, материнской и перинатальной смертности. В других публикациях указано, что уровень материнской смертности беременных с Covid-19 примерно такой же, как в общей популяции беременных [9, 29, 31].

В ряде публикаций продемонстрирована частота тяжелых и критических форм Covid-19 у беременных: в Китае - 8%, в США - 10%, среди которых 4% - критические, в Европе - 7-10% [4, 5, 6].

Возможно, частота преждевременного родоразрешения может зависеть от степени тяжести течения инфекции. В когортном исследовании Rasmussen S.A. показано, что 80% женщин с тяжелым острым респираторным синдромом после 24 недель беременности родили преждевременно, а по данным

и Pierce-Williams, преждевременные роды имели место у 75% (15/20) женщин с критическими заболеваниями [22, 23]. Исследование, проведенное Khalil, показало, что у 93% женщин с Covid-19 роды проведены путем кесарева сечения и у 21% этих женщин имели место преждевременные роды. Показанием к операции кесарева сечение в 61% случаев указана коронавирусная инфекция. Эти данные подтверждает систематический обзор Уханьских исследователей, которые установили высокий риск ятрогенных преждевременных родов и кесарева сечения [6, 16].

Продемонстрированная в ряде публикаций частота тяжелых и критических форм Covid-19 у беременных свидетельствует о том, что рост частоты преждевременных родов в период пандемии может быть значимым [4, 5].

Систематический обзор и мета-анализ литературных источников, в которых освещены вопросы клинических проявлений, факторов риска, материнских и перинатальных исходов у беременных или недавно беременных женщин с Covid-19 в период с 1 декабря по 26 июня 2020 года, который включает 10 исследований и 870 женщин, установил, что уровень спонтанных преждевременных родов составил 6%. Отношение шансов преждевременных родов было статистически значимо выше у беременных с Covid-19 (3,01 при доверительном интервале 1,16-7,75; $p=339$), по сравнению с соответствующим показателем у беременных женщин без Covid-19. Соответственно 25% новорожденных матерей с Covid-19 были госпитализированы в отделение интенсивной терапии. Относительный риск госпитализации новорожденных матерей с Covid-19 в отделение детской реанимации и интенсивной терапии (RR=3,13; DI 2,05- 4,78) статистически значимо был выше, чем у новорожденных матерей без Covid-19. Авторы предполагают, что рост преждевременных родов может быть связан с необходимостью преждевременного родоразрешения беременных с Covid-19, так как показатели спонтанных преждевременных родов аналогичны показателям в период до пандемии [13].

Одной из причин преждевременных родов является инфицирование плода. Противоречивыми остаются данные литературы о возможности вертикального пути передачи и перинатальной инфекции Covid-19. Опубликованы данные об обнаружении антител IgM и IgG у новорожденных матерей с коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2. В других работах показано, что имели случаи

положительного анализа ПЦР у новорожденных. Систематический обзор когортных исследований, посвященной возможности вертикальной передачи коронавирусной инфекции от матери плоду, представленный Ashraf M.A. и соавт. (2020), показал отсутствие различий клинических характеристик основного заболевания беременных и небеременных женщин и отсутствие случаев вертикального пути передачи инфекции. В клиническом руководстве ВОЗ (март 2020) указывается, что передача инфекции от матери ребенку маловероятна, так как вирус не был обнаружен в околоплодных водах, плаценте [3, 10, 17, 19, 29, 30].

Таким образом, данные литературы о влиянии коронавирусной инфекции на течение беременности, акушерские и перинатальные исходы остаются противоречивыми. Обзор литературы позволяет сделать выводы о повышении частоты преждевременных родов у беременных с Covid-19. В единичных исследованиях указано, что частота

спонтанных преждевременных родов не повышается, растет частота необходимости преждевременного родоразрешения. При этом достаточно высока частота кесарева сечения. Остаются не до конца решенными вопросами возможности вертикального пути передачи коронавирусной инфекции и влияния внутриутробного инфицирования на рост частоты преждевременных родов. По мнению J. Juan и соавт. (2020), чтобы ответить на конкретные вопросы о влиянии Covid-19 на беременных женщин и их плоды, необходимо побольше значимых качественных исследований, которых пока недостаточно [12]. В то же время однозначные данные о росте частоты преждевременных родов в период пандемии Covid-19 требуют планирования когорт интенсивной терапии для новорожденных в специализированных учреждениях для данного контингента пациенток.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Савенкова И.В., Дамирова К.Ф., Хаддад Х. Преждевременные роды — нерешенная проблема XXI века // Кубанский научный медицинский вестник.- 2020.- № 27(4).- С. 27–37. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2020-27-4-27-37>.
2. Akhtar H., Patel C., Abuelgasim E., Harky A. Covid-19 (SARS-CoV-2) Infection in Pregnancy: A Systematic Review. // *Gynecol Obstet Invest.*- 2020.- Vol. 85(4).- P. 295-306. doi: 10.1159/000509290.
3. Ashraf M.A., Keshavarz P., Hosseinpour P. et al. Coronavirus Disease 2019 (Covid-19): A Systematic Review of Pregnancy and the Possibility of Vertical Transmission. // *J Reprod Infertil.*- 2020.- Vol. 21(3).- P. 157-168.
4. Blitz M.J., Grunebaum A., Tekbali A. et al. Intensive care unit admissions for pregnant and non-pregnant women with Covid-19. // *Am J Obstet Gynecol.*- 2020.- Vol. 223(2).- P. 290-291.
5. Breslin N., Baptiste C., Gyamfi-Bannerman C/ et al. Covid-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. // *Am J Obstet Gynecol MFM.*- 2020.- N 2(2).- P. 100-118.
6. Chen L., Li Q., Zheng D. et al. Clinical characteristics of pregnant women with Covid-19 in Wuhan, China. // *N Engl J Med.*- 2020.- Vol. 382(25).- P. e100
7. Chawanpaiboon S., Vogel J.P., Moller A-B. et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. // *Lancet Global Health.*- 2018.- Vol. 7.- P. e37-46.

REFERENCES

1. Radzinskiy V. E., Orazmuradov A. A., Savenkova I. V., Damirova K. F., Khaddad Kh. Prezhdevremennyye rody - nereshennaya problema XXI veka [Premature birth - an unsolved problem of the XXI century]. *Kubanskiy Nauchnyy Meditsinskiy Vestnik. [Kuban Scientific Medical Bulletin].* 2020; 27(4): 27–37.
2. Akhtar H., Patel C., Abuelgasim E., Harky A. COVID-19 (SARS-CoV-2) Infection in Pregnancy: A Systematic Review. *Gynecol Obstet Invest.* 2020; 85(4): 295-306.
3. Ashraf M. A., Keshavarz P., Hosseinpour P., Erfani A., Roshanshad A., Pourdast A., Nowrouzi-Sohrabi P., Chaichian S., Poordast T. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review of Pregnancy and the Possibility of Vertical Transmission. *J Reprod Infertil.* 2020; 21(3): 157-168.
4. Blitz M. J., Grunebaum A., Tekbali A., Intensive care unit admissions for pregnant and non-pregnant women with COVID-19. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 223(2): 290-291.
5. Breslin N., Baptiste C., Gyamfi-Bannerman C., COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020; 2(2): 100-118.
6. Chen L., Li Q., Zheng D, Clinical characteristics of pregnant women with Covid-19 in Wuhan, China. *N Engl J Med.* 2020; 382(25): e100
7. Chawanpaiboon S., Vogel J. P., Moller A-B, Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Global Health.* 2018; 7: e37–46.

8. Cosma S., Carosso A., Cusato J. et al. Covid-19 and first trimester spontaneous abortion: a case-control study of 225 pregnant patients. // medRxiv [Preprint].- 2020; doi: org/10.1101/2020.06.19.20135749
9. Dashraath P., Jing Lin Jeslyn W., Mei Xian Karen L. et al. Coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic and pregnancy. // *Am J Obstet Gynecol.*- 2020.- Vol. 222(6).- P. 521-531.
10. Dong L., Tian J., He S. et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. // *JAMA.*- 2020.- Vol. 323(18).- P. 1846-1848.
11. Ghi T., di Pasquo E., Mekinian A. et al. Sars-CoV-2 in pregnancy: Why is it better than expected? // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*- 2020.- Vol. 252.- P. 476-478. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.07.025.
12. Juan J., Gil M.M., Rong Z. et al. Effect of coronavirus disease 2019 (Covid-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. // *Ultrasound Obstet Gynecol.*- 2020.- Vol. 56(1).- P. 15-27. doi: 10.1002/uog.22088.
13. John Allotey, Elena Stallings, Mercedes Bonet et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis // *BMJ.*- 2020.- Vol. 370.- P. m3320; doi: 10.1136/bmj.m3320
14. Johns Hopkins University & Medicine. Covid-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 2020. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Accessed on: 21 July 2020
15. Huntley B.J.F., Huntley E.S., Di Mascio D. et al. Rates of Maternal and Perinatal Mortality and Vertical Transmission in Pregnancies Complicated by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection: A Systematic Review. // *Obstet Gynecol.*- 2020.- Vol. 136(2).- P. 303-312. doi: 10.1097/AOG.0000000000004010.
16. Khalil A., Kalafat E., Benlioglu C. et al. SARS-CoV-2 infection in pregnancy: a systematic review and meta-analysis of clinical features and pregnancy outcomes. // *Clinical Medicine.*- 2020.- Vol. 25.- P. 1004
17. Kirtsman M., Diambomba Y., Poutanen S.M. et al. Probable congenital SARS-CoV-2 infection in a neonate born to a woman with active SARS-CoV-2 infection. // *Can Med Assoc J.*- 2020.- Vol. 192(24).- E647-E650.
18. Knight Marian, Bunch Kathryn, Vousden Nicola et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. // *BMJ.*- 2020.- m2107.
19. Lumley S.F., Eyre D.W., McNaughton A.L. et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence, titres and neutralising activity in an antenatal cohort, United Kingdom, 14 April to 15 June 2020. // *Euro Surveill.*- 2020.- Vol. 25(42).- 2001721; doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.41.2001721.
8. Chen L., Li Q., Zheng D., Clinical characteristics of pregnant women with Covid-19 in Wuhan, China. *N Engl J Med.* 2020; 382 (25): e100.8.
9. Dashraath P., Jing Lin Jeslyn W., Mei Xian Karen L., Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 222(6): 521-531.
10. Dong L., Tian J., He S., Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. *JAMA.* 2020; 323(18): 1846-1848.
11. Ghi T., di Pasquo E., Mekinian A., Calza L., Frusca T. Sars-CoV-2 in pregnancy: Why is it better than expected? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020; 252: 476-478.
12. Juan J., Gil M. M., Rong Z., Zhang Y., Yang H., Poon L. C. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020; 56(1): 15-27.
13. John Allotey, Elena Stallings, Mercedes Bonet, Magnus Yap, Shaunak Chatterjee, Tania Kew. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020; 370: m3320
14. Johns Hopkins University & Medicine. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 2020. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Accessed on: 21 July 2020
15. Huntley B.J.F., Huntley E.S., Di Mascio D, Chen T, Berghella V, Chauhan S.P. Rates of Maternal and Perinatal Mortality and Vertical Transmission in Pregnancies Complicated by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2020; 136(2): 303-312.
16. Khalil A, Kalafat E, Benlioglu C, et al. SARS-CoV-2 infection in pregnancy: a systematic review and meta-analysis of clinical features and pregnancy outcomes. *E Clinical Medicine.* 2020; 25: 1004.
17. Kirtsman M., Diambomba Y., Poutanen S.M., Probable congenital SARS-CoV-2 infection in a neonate born to a woman with active SARS-CoV-2 infection. *Can Med Assoc J.* 2020; 192(24): E647-E650.
18. Knight Marian, Bunch Kathryn, Vousden Nicola, Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *BMJ.* 2020; m2107.
19. Lumley S. F., Eyre D. W., McNaughton A. L., Howarth A., Hoosdally S., Hatch S. B., Kavanagh J., Chau K. K., Downs L. O., Cox S., Dunn L., Justice A, Wareing S, Dingle K, Rudkin J, Auckland K, Fyfe A, Bolton J, Paton R, Mentzer AJ, Jeffery K, Andersson MI, James T, Peto TEA, Marsden BD, Sreaton G, Cornall RJ, Klenerman P, Ebner D, Stuart

20. Maleki Dana P., Kolahdooz F., Sadoughi F. et al. Covid-19 and pregnancy: a review of current knowledge. // *Infez Med.*- 2020.- Vol. 28 (suppl 1).- P. 46-51.
21. Mostaured A.K., Nuruzzaman K. Golam M. et al. Covid-19 infection during pregnancy: a systematic review to summarize possible symptoms, treatments and pregnancy outcomes /<https://www.researchgate.net/publication/340423520>
22. Pierce-Williams R.A.M., Burd J., Felder L. et al. Clinical course of severe and critical Covid-19 in hospitalized pregnancies: a US cohort study. // *Am J Obstet Gynecol MFM.*- 2020.- Vol. 2(3).- P. 100-134.
23. Rasmussen S.A., Smulian J.C., Lednický J.A. et al. Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. // *Am J Obstet Gynecol.*- 2020.- Vol. 222(5).- P. 415-426; doi: 10.1016/j.ajog.2020.02.017.
24. Rezan Abdul Kadir, Takao Kobayashi, Toshiaki Iba et al. Covid-19 coagulopathy in pregnancy: Critical review, preliminary recommendations, and ISTH registry – Communication from the ISTH SSC for Women’s Health. // *J Thromb Haemost.*- 2020.- Vol. 18.- P. 3086–3098.
25. Shmakov R.G., Prikhodko A., Polushkina E. et al. Clinical course of novel Covid-19 infection in pregnant women. // *J Matern Fetal Neonatal Med.*- 2020.- Vol. 29.- P. 1-7; doi: 10.1080/14767058.2020.1850683.
26. Schwartz D.A., Graham A.L. Potential maternal and infant outcomes from (Wuhan) Coronavirus 2019-nCoV infecting pregnant women: lessons from SARS, MERS, and other human coronavirus infections. // *Viruses.*- 2020.- Vol. 12.- P. 194.
27. Schwartz D.A. An analysis of 38 pregnant women with Covid-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. // *Arch Pathol Lab Med.*- 2020.- Vol. 144(7).- P. 799-805.
28. Soma-Pillay P., Nelson-Piercy C., Tolppanen H., Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. // *Cardiovasc J Afr.*- 2016.- Vol. 27.- P. 89-94.
29. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease. (Covid-19) Pandemic, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019> (accessed 7 May 2020)
30. Zeng H., Xu C., Fan J. et al. Antibodies in infants born to mothers with Covid-19 pneumonia. // *JAMA.*- 2020.- Vol. 323(18).- P. 1848–1849.
31. Zaigham M., Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with Covid-19: a systematic review of 108 pregnancies. // *Acta Obstet Gynecol Scand.*- 2020.- Vol. 99(7).- P. 823-829.
- DI, Crook DW, Stoesser N, Kennedy SH, Thompson C, Gupta S, Matthews PC. SARS-CoV-2 antibody prevalence, titres and neutralising activity in an antenatal cohort, United Kingdom, 14 April to 15 June 2020. *Euro Surveill.* 2020; 25(42): 2001721.
20. Maleki Dana P, Kolahdooz F, Sadoughi F, Moazzami B, Chaichian S, Asemi Z. COVID-19 and pregnancy: a review of current knowledge. *Infez Med.* 2020; 1, 28(suppl 1): 46-51.
21. Mostaured A.K., Nuruzzaman K. Golam M. et al. COVID-19 infection during pregnancy: a systematic review to summarize possible symptoms, treatments, and pregnancy outcomes/<https://www.researchgate.net/publication/340423520>
22. Pierce-Williams R. A. M., Burd J., Felder L., Clinical course of severe and critical COVID-19 in hospitalized pregnancies: a US cohort study. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020; 2(3): 100134.
23. Rasmussen S. A., Smulian J. C., Lednický J. A., Wen T. S., Jamieson D. J. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 222(5): 415-426.
24. Rezan Abdul Kadir, Takao Kobayashi, Toshiaki Iba, COVID-19 coagulopathy in pregnancy: Critical review, preliminary recommendations, and ISTH registry – Communication from the ISTH SSC for Women’s Health. *J Thromb Haemost.* 2020; 18: 3086–3098.
25. Shmakov R. G., Prikhodko A., Polushkina E., Shmakova E., Pyregov A., Bychenko V., Pripitnevich T.V., Dolgushin G.O., Yarotskaya E., Pekarev O., Bolibok N., Degtyarev D., Sukhikh G.T. Clinical course of novel COVID-19 infection in pregnant women. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020; 29: 1-7.
26. Schwartz D. A., Graham A. L. Potential maternal and infant outcomes from (Wuhan) Coronavirus 2019-nCoV infecting pregnant women: lessons from SARS, MERS, and other human coronavirus infections. *Viruses.* 2020; 12: 194.
27. Schwartz D. A. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Arch Pathol Lab Med.* 2020; 144(7): 799-805.
28. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr.* 2016;27:89-94.
29. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease. (COVID-19) Pandemic, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019> (accessed 7 May 2020)
30. Zeng H., Xu C., Fan J., Antibodies in infants born to mothers with COVID-19 pneumonia. *JAMA.* 2020; 323(18): 1848–1849.
31. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020; 99(7): 823-829.

Сведения об авторах:

Ишан-Ходжаева Фарангис Рустамовна – научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП, к.м.н.; e-mail: kachyona@mail.ru

Камилова Мархабо Ядгаровна – зав. акушерским отделом ТНИИ АГиП, д.м.н., доцент; e-mail: marhabo1958@mail.ru

Юнусова Мавджуда Мизроровна – научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП; тел.: 221 36 56

Information about authors:

Ishan-Khodzhaeva Farangis Rustamovna – Research Officer of the Obstetric Division of the State Establishment "Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences; e-mail: kachyona@mail.ru

Kamilova Markhabo Yadgarovna – Head of the Obstetrics Division of the State Establishment "Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; e-mail: marhabo1958@mail.ru

Yunusova Mavdzhuda Mizrobovna – Research Officer of the Obstetric Division of the State Establishment "Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan; tel.: 221 36 56

**ТАЪСИРИ COVID-19 БА САТҲИ
ТАВВАЛУДИ БАРМАҲАЛ**

ЭШОНХОҶАЕВА Ф.Р., КАМИЛОВА М.Я., ЮНУСОВА М.М.

МД "Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон"

Дар шарҳи мазкур маълумотҳо аз сарчашмаҳои адабиёт дар бораи таъсири сирояти корона-вирус ба ҳодисаҳои таваллуди бармаҳал мавриди таҳлил қарор гирифтанд. Афзоиши ҳодисаҳои таваллуди бармаҳал ва буриши қайсарӣ дар занони ҳомила бо COVID-19 муқаррар карда шудааст. Саволҳо дар бораи сабабҳои афзоиши ҳодисаҳои таваллуди бармаҳал дар COVID-19 ҳалношуда боқӣ мондаанд - басомади таваллуди бармаҳал дар дараҷаҳои гуногуни вазнинии беморӣ, зарурати таваллуди бармаҳал ё ятрогенӣ, хавфҳои шароити таваллуди бармаҳал дар занони ҳомила бо COVID-19.

Калимаҳои асосӣ: таваллуди бармаҳал, COVID-19, интиқоли амудии сироят

**ВЫСОКОЕ ПРИЗВАНИЕ УЧЕНОГО И УЧИТЕЛЯ –
ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ШУКУРОВА
ФИРУЗА АБДУФАТТОВЕВИЧА
(к 75-летию юбилею)**



Насыщенная творческая жизнь Шукурова Фируза Абдуфаттоевича посвящена фундаментальной медицинской дисциплине, матери клинической науки – физиологии.

В 1971 году Фируз Абдуфаттоевич окончил с отличием Таджикский государственный медицинский институт им. Абуали ибн Сино. С этого момента начался путь через все ступени преподавания физиологии и ее научного развития. Начало пути – ординатор кафедры нормальной физиологии, затем аспирант, ассистент, после чего – доцент и дальше путь продолжился выше, к новым достижениям. Шукуров Фируз Абдуфаттоевич в настоящее время является профессором кафедры нормальной физиологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино (Авиценны), он – доктор медицинских наук, профессор, академик Российской экологической академии, академик Международной Академии высшей школы, вице-президент Союза физиологических обществ стран СНГ, председатель общества физиологов Республики Таджикистан, Почетный профессор Липецкого государственного педагогического университета и Карагандинского государственного медицинского университета.

Будучи аспирантом Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибн Сино (ТГМИ), в 1979 году в г. Фрунзе Фируз Абдуфаттоевич успешно защитил диссертацию на соискание ученого звания кандидата медицинских наук по теме: «Характеристика сердечной деятельности в процессе адаптации человека к высокогорью». Диссертация на соискание ученого звания доктора медицинских наук была защищена в 1995 году в г. Москве по теме: «Физиологическое обоснование критериев оценки и прогнозирования индивидуальной адаптации человека к высокогорью».

В 1995 году Шукурову Фирузу Абдуфаттоевичу было присвоено звание академика Российской экологической академии. В 2010 году было присвоено звание академика Международной академии высшей школы.

В настоящее время Шукуров Фируз Абдуфаттоевич является автором более 300 научных работ по проблемам оценки и прогнозирования эффективности адаптации человека к высокогорью, по определению уровней здоровья и по проблеме повышения устойчивости организма к действию стрессогенных факторов. Фируз Абдуфаттоевич – автор учебно-методических пособий на двух языках, 10 изобретений, 20 рационализаторских предложений. Под руководством Фируза Абдуфаттоевича были защищены 2 докторские и 10 кандидатских диссертаций.

С 1996 года по настоящее время Шукуров Фируз Абдуфаттоевич является руководителем комплексных программ научных исследований по проблемам здоровья молодежи Республики Таджикистан, по способам повышения функционального резерва и оценки и прогнозирования стрессоустойчивости организма.

Под руководством Шукурова Фируза Абдуфаттоевича кафедра нормальной физиологии активно развивается, расширяется научная деятельность кафедры и университета. При поддержке руководства ТГМУ были заключены договоры о научно-педагогическом сотрудничестве с ФГБНУ НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина, Липецким государственным педагогическим университетом, Воронежским государственным медицинским университетом им. Н.Н. Бурденко, с Волгоградским государственным университетом и с медицинским институтом Тамбовского государственного университета им. Г.Р. Державина.

Под руководством Шукурова Фируза Абдуфаттоевича активно развивается научная деятельность и новые подходы к преподаванию. Примером тому служит его активное участие в работе XII (г. Тбилиси), XIII (г. Алматы), XIV (г. Баку) и XV (г. Кишинев) Съездов Физиологического общества им. И.П. Павлова; в работе XIX (г. Екатеринбург) съезда Физиологического общества им. И.П. Павлова; в работе I (г. Сочи), II (г. Кишинэу), III (г. Ялта) и IV (г. Сочи) съездов Союза физиологов СНГ. На III съезде Союза физиологов СНГ Шукуров Фируз Абдуфаттоевич был избран вице-президентом Союза физиологических обществ стран СНГ.

Шукуров Фируз Абдуфаттоевич является членом редколлегии журналов «Вестник Союза физиологических обществ стран СНГ» и «Вестник Волгоградского государственного университета».

Шукуров Фируз Абдуфаттоевич первым внедрил рейтинговую систему оценки знаний в ТГМУ, для чего им была разработана и издана на трёх языках «Тетрадь для проведения самостоятельной работы и лабораторных занятий по курсу нормальной физиологии». В этой работе были впервые разработаны

и применены семь уровней заданий различных сложностей по всему курсу нормальной физиологии. Опыт преподавания физиологии используется и развивается в странах СНГ, примером чего является приглашение Шукурова Фируза Абдуфаттоевича в НИИ Социально-экономических и педагогических проблем непрерывного образования Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина, его участие в работе II международного методологического семинара «Непрерывное образование в глобальном мире», на котором Фируз Абдуфаттоевич представил доклад «Рейтинговая многоуровневая система оценки знаний студентов вуза как способ формирования их мотивации к изучению предмета: методические основы, опыт применения».

Фируз Абдуфаттоевич активно принимает участие в программе мобильности профессорско-преподавательского состава. Он выступает с лекциями для студентов, проводит мастер-классы для профессорско-преподавательского состава Карагандинского государственного медицинского университета (Казахстан, 2011), Воронежского государственного медицинского университета (Россия, 2015) и Медицинского университета Астаны (Казахстан, 2021).

Высокий творческий потенциал Фируза Абдуфаттоевича раскрывается в поиске инновационных путей повышения мотивации студентов к изучению физиологии. Выражением этого являются организованные на кафедре конференции и учебно-развлекательные игры: КВН по физиологии функциональных систем организма, Звездный час физиологии, Своя игра, Умники физиологии. Научно-театрализованные представления вызывают широкий интерес студентов, они повышают их интерес к изучению нормальной физиологии, оставляют неизгладимый след в их сердцах и душах.

Благодаря неистощимой энергии Фируза Абдуфаттоевича, с 2011 года проводится летняя научная школа для ППС, студентов и молодых учёных, которая с 2012 года приобрела статус международной с участием представителей РФ: Москва, Воронеж, Ижевск, Тамбов и другие, из Казахстана, Украины, КНР, Узбекистана и Таджикистана.

Высокие организаторские способности, незаурядные личностные качества и высокий профессионализм позволили Фирузу Абдуфаттоевичу организовать и провести в 2012 году Международный симпозиум «Центральные и периферические механизмы эмоционального стресса» в г. Душанбе.

Студенты уважают и высоко ценят Фируза Абдуфаттоевича как опытного, грамотного и целеустремлённого педагога. Под его руководством студенты выступают с научными докладами на конференциях ТГМУ, международных конференциях и съездах физиологов СНГ. В 2012 году усилиями Фируза Абдуфаттоевича была возобновлена научная экспедиция в посёлок Мургаб Восточного Памира, расположенный на высоте 3660 метров над уровнем моря. В рамках экспедиции проводятся научные исследования по теме «Функциональные резервы и стрессоустойчивость организма: оценка и прогнозирование».

Шукуров Фируз Абдуфаттоевич имеет государственные награды и медали: Указом Президиума Верховного Совета СССР от 1971 г. награжден медалью «За трудовое отличие»; на основе решения коллегии (приказа) Министерства образования Республики Таджикистан награжден знаком «Отличник Народного образования Таджикистана»; Указом Президента РТ награждён медалью «Хизмати Шоиста», Союзом физиологических обществ СНГ награжден золотой медалью И.П.Павлова.

От коллектива кафедры нормальной физиологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и от меня лично примите поздравления с юбилейным днем Вашего рождения! Неизменно присущие Вам качества - мудрость, чувство такта, помноженные на опыт. Желаем долгих лет дальнейшего расцвета и озарения Вашей мудростью окружающих Вас людей как на возглавляемой Вами кафедре, так и на удалении от нее во множестве городов, включая Москву. Мы гордимся возможностью общения и сотрудничества с Вами и смотрим в будущее с надеждой на развитие наших контактов в области научной деятельности, педагогической работы и личных встреч с Вами! Долгих лет плодотворного труда, здоровья и радости жизни, дорогой Фируз Абдуфаттоевич!

*Заведующий кафедрой нормальной физиологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
д.м.н., профессор А.Е. Умрюхин*

*Руководство и сотрудники Национальной академии наук Таджикистана,
редакция журнала «Медицинский вестник Национальной академии наук
Таджикистана»
поздравляют дорогого Фируза Абдуфаттоевича с юбилеем, желают ему
крепкого здоровья и дальнейших творческих успехов!*

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Правила направления, рецензирования и публикации научных статей в журнале «Медицинский вестник Национальной академии Таджикистана» Уважаемы авторы! Редакция журнала просит Вас придерживаться следующих правил оформления статей

1. Направляемый для публикации материал должен быть напечатан стандартным шрифтом **12 или 14 через интервал 1,5** на одной стороне стандартного листа формата А4 (210×297) 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. Статья должна **быть завизирована подписью руководителя учреждения и гербовой печатью** либо должно быть отдельное для статьи направление учреждения в редакцию.

3. 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.** Далее следует указать **контактную информацию на всех авторов** (полностью фамилия, имя, отчество, почтовый адрес, телефон, электронная почта, место работы, должность, ученая степень и звание – при наличии).

4. Перед текстом должно быть написано отдельное **резюме (от 250 до 300 слов)**, вкратце отражающее содержание статьи. Структура резюме для оригинальных исследований: (**цель исследования, материал и методы, результаты, заключение**); для обзоров и клинических наблюдений – коротко, отражающее суть статьи. После резюме необходимо написание **ключевых слов** (3-10) для индексирования статьи в информационно-поисковых системах.

5. Фамилии, имена, отчества автора (ов), название статьи и резюме вместе с ключевыми словами, а также сведения об авторах должны быть переведены на **английский и таджикский языки.**

6. В конце статья должна быть **собственно-ручно подписана автором и соавторами.** При наличии соавторов в конце статьи указывается **отсутствие конфликта интересов.**

7. Рекомендуемый объём статей: для оригинальных исследований – 10-12 страниц, описание отдельных наблюдений – 5 страниц, обзор литературы – 15 страниц информации, письма в редакцию и другой материал – 3 страницы.

Оригинальные исследования должны иметь следующую структуру: **актуальность, цель исследования, материал и методы исследования с обязательным описанием использованных методов статистической обработки полученных данных, результаты и их обсуждение, заключение или выводы.** Введение 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).

При обработке материала используется система единиц СИ. Статья должна быть тщательно выверена автором: цитаты, формулы, таблицы, дозы. В сноске к цитатам указывается источник (в виде порядкового номера по списку литературы).

В статью включаются 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) включаются в статью, именуются, как рисунки, и должны быть набраны в формате, удобном для редактирования. **Фото рисунков не принимаются!**

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. **Фото таблиц не принимаются!**

Список литературы составляется по алфавиту в соответствии с ГОСТ Р 7.1-84. В тексте дается ссылка на порядковый номер **в квадратных скобках.**

Количество источников для оригинальной статьи – 5-8, для обзора/ов – не больше 45. Принимаются ссылки на авторов только **за последние 5-7 лет исследования.**

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. Ссылки на собственные работы авторов комитетом ВАК по этике признаны некорректными и в статье не допускаются! Также не допускаются ссылки на диссертации, авторефераты диссертаций, тезисы из материалов съездов и конференций.

Направление в редакцию работ, которые посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускаются.

Редакция вправе сокращать и рецензировать статьи. Обращаем внимание авторов на то, что все статьи проверяются системой антиплагиат!

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.