МУНДАРИЖА

МУХАРРИР МИНБАРИ 5

МЕНЕЖМЕНТ ВА МАРКЕТИНГ

Рахимов М.К. Сийдик тош касаллиги профилактикасини ташкиллаштириш ва Хоразм вилоятида беморларни узоқ муддатли кузатув натижалари 6

ҲУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

Мухамедова Н.С., Мамедова Г.Б., Махкамов Ф.Р. Ўзбекистон Республикасида мажбурий тиббий суғуртани ривожланиш истиқболи 11

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОДЛАР АМАЛИЁТГА

Гайко Г.В., Бруско А.Т., Калашников А.В. Кекса ва ёши катта бўлган беморларда чаноқсон бўғими остеоартрозини кечиш хусусиятлари 15

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Махамаджанов М.Т. Туғма юрак нуқсонли беморларни даволашда транскатетер эндоваскуляр амалиётлар 20

Цой Л.В., Арнопольская Д.И., Турсунов Н.Б. Дзюдоист-спортчиларда юрак структуравий-функционал параметрларининг ўзига хос хусусиятлари 22

Арипходжаева Г.З., Касымов И.А. Сурункали гепатит «С» нинг клинико-биохимик ва вирусологик жиҳатлари 26

Юлдашев Р.М. Умуртқа поғонасининг белдумғаза соҳаси дегенератив ностабиллигини даволашда PLIF 29

Абдурасулов Ф.Х, Кариев Ш.М., Усмонов Л.А. Кўп сонли травматик интракраниал гематомаларнинг ташхиси ва давоси 33

Сойибов И.Э., Мирзабаев М.Д. Ёши улуғ беморларда бош мия ўчоқли жароҳатларини ташхислаш ва клиник кечиши 39

Ильхамов Ф.А., Агзамова М.Н., Абдумажидов А.Ш., Тухтамурадов З.З. Умумий хирургия фанини ўзлаштиришни оширишда талабалар илмий жамиятини аҳамияти 43

Наврузов Б.С., Шаймарданов Э.К. Аёлларда тос аъзолари пролапсида ректоцеле ташхиси 45

ОГЛАВЛЕНИЕ

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

МЕНЕДЖМЕНТ И МАРКЕТИНГ

Рахимов М.К. Организация профилактики мочекаменной болезни и результаты долговременного наблюдения за больными Хорезмского региона

ПРАВО И ЭКОНОМИКА

Мухамедова Н.С., Мамедова Г.Б., Махкамов Ф.Р. Перспективы развития обязательного медицинского страхования в Республике Узбекистан

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

Гайко Г.В., Бруско А.Т., Калашников А.В. Особенности течения остеоартроза тазобедренного сустава у больных пожилого и старческого возраста

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Махамаджанов М.Т. Транскатетерные эндоваскулярные вмешательства в лечении больных с врожденными пороками сердца

Цой Л.В., Арнопольская Д.И., Турсунов Н.Б. Особенности структурно-функциональных параметров сердца у спортсменов-дзюдоистов

Арипходжаева Г.З., Касымов И.А. Клинико-биохимические и вирусологические аспекты хронического гепатита С

Юлдашев Р.М. PLIF в лечении дегенеративной нестабильности пояснично-крестцового отдела позвоночника

Абдурасулов Ф.Х, Кариев Ш.М., Усмонов Л.А. Диагностика и лечение множественных травматических внутричерепных гематом

Сойибов И.Э., Мирзабаев М.Д. Диагностика и клиническое течение очаговых травм головного мозга у больных пожилого и старческого возраста

Ильхамов Ф.А., Агзамова М.Н., Абдумажидов А.Ш., Тухтамурадов З.З. Роль научного студенческого кружка в повышении эффективности изучения курса общей хирургии

Наврузов Б.С., Шаймарданов Э.К. Диагностика ректоцеле при пролапсе тазовых органов у женщин

Кариев Г.М., Арсланова З.Э., Алтыбаев У.У. Чақирилган кўрув потенциалларининг интраоперацион мониторинги билан краниофарингиомаларни хирургик давосини оптималлаштириш 47 Кариев Г.М., Арсланова З.Э., Алтыбаев У.У. Оптимизация хирургического лечения краниофарингиом интраоперационным мониторингом вызванных зрительных потенциалов

Джуманов К.Н. Умуртқа поғонасининг бўйин соҳаси асоратланган шикастларини ташхислаш ва даволаш 50 Джуманов К.Н. Диагностика и лечение осложнённой травмы шейного отдела позвоночника

Кадырбеков Р.Т., Муродова Д.С., Хусанов Р.А. Катталарда мияча астроцитомасининг клиник кечиши ва жаррохлик усули билан даволаш 52 Кадырбеков Р.Т., Муродова Д.С., Хусанов Р.А. Клиника и хирургическое лечение астроцитом мозжечка у взрослых

Эгамкулов С.Н., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Шамшиметов Д.Ф. Сон суяги проксимал қисми синиқларида мосламани қўллаш 56 Эгамкулов С.Н., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Шамшиметов Д.Ф. Применение устройства при переломах проксимального отдела бедренной кости

Мусурманкулов Ж.М. Бош мия жароҳатларида ўлим содир бўлган ҳолатлардаги комиссион экспертизаларнинг тахлили 60 Мусурманкулов Ж.М. Анализ комиссионных экспертиз по поводу смертельных черепно-мозговых травм

Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Рахманов Р.Д. Болаларда елка суяги дистал қисми синишларини оператив даволаш тизимидаги стабил-функционал остеосинтез усули 63 Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Рахманов Р.Д. Методика стабильно-функционального остеосинтеза в системе оперативного лечения переломов дистального конца плечевой кости у детей

Солиева Н.А., Садыкова С.И., Рустамова М.Т. Билиар панкреатитни даволашда альфа-липоя кислотани қўлланилиш самараси 66 Солиева Н.А., Садыкова С.И., Рустамова М.Т. Оценка эффективности альфа-липоевой кислоты в лечении билиарного панкреатита

Алибеков Ш.О., Салахиддинов З.С., Махсумова Д.К. ОИВ инфицирланган популяциянинг терапевтик континууми хавф омиллари профилактикаси ва эрта аниқлаш бўйича алгоритмлар ва мукаммал модели 69 Алибеков Ш.О., Салахиддинов З.С., Махсумова Д.К. Алгоритмы раннего выявления и совершенная модель профилактики факторов риска терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированной популяции

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Юнусова З.В. ОИВ инфицирланган популяция орасида сурункали гастордуоденал касалликлар асосий хавф омиллари баҳоланиши 73 Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Юнусова З.В. Оценка «главных» факторов риска хронических гастродуоденальных заболеваний у ВИЧ-инфицированных

Жураева З.Ё. Тез-тез ва узоқ касалланувчи болалар иммун тизими кўрсаткичларининг касаллик боскичига боғлиқ холда қиёсий тахлили 76 Жураева З.Ё. Сравнительный анализ показателей иммунной системы у часто и длительно болеющих детей в зависимости от стадии болезни

Алимова Л.А., Мухамедханова Ш.Т., Курбанова М.Б. Инфекцион аллергик ва токсикологик сариқчасини гепатитни ва жигар цирозини ривожланишида патогенетик жихатлар 79 Алимова Л.А., Мухамедханова Ш.Т., Курбанова М.Б. Патогенетические аспекты развития инфекционно-аллергического и токсического гепатита и цирроза печени

Ходжаева Н.И., Шадманова Л.Ш., Султанов Ш.Х., Юсупов С.Р., Сыдыков Х.Б. Героинли наркоманияда депрессив бузулишлар 82 Ходжаева Н.И., Шадманова Л.Ш., Султанов Ш.Х., Юсупов С.Р., Сыдыков Х.Б. Депрессивные расстройства при героиновой наркомании

Ашуров З.Ш., Ким Д.П., Абдуллаева Г.К. Наркотикка қарам беморларда мотивацион психотерапиянинг эффективлигини нисбий баҳолаш 86

Ашуров З.Ш., Ким Д.П., Абдуллаева Г.К. Сравнительная оценка эффективности мотивационной психотерапии у больных с наркотической зависимостью

Хайрединова И.И., Усмонов О. Т. Опий наркоманияли беморларда ўз-ўзини баҳолашни психометрик текшириш 88

Хайрединова И.И., Усмонов О. Т. Психометрическое исследование самооценки больных опийной наркоманией

Султанов Ш. Х., Шангареев Р. Р. Алкоголизмда субдепрессив ҳолат 91

Султанов Ш. Х., Шангареев Р. Р. Субдепрессивные состояния при алкоголизме

Эргашбаева Д.А., Хусанова Х.А., Инакова Б.Б., Адылова Г.Р. Преэклампсияли аёллардан туғилган чақалоқларнинг жисмоний ривожланишини ўзига хослиги 94

Эргашбаева Д.А., Хусанова Х.А., Инакова Б.Б., Адылова Г.Р. Об особенностях физического развития новорожденных от женщин с преэклампсией

Худайкулов Т.К., Худайкулов А.Т., Наврузова В.С., Палванова С.И. Хоразм вилоятида сут бези саратони касаллигининг эпидемиологик аспектлари 98

Худайкулов Т.К., Худайкулов А.Т., Наврузова В.С., Палванова С.И. Эпидемиологические аспекты рака молочной железы в Хорезмской области

ТИББИЙ ТАЪЛИМ

Амалиётчи врачлар диққатига 100

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Вниманию практикующих врачей

Гафур – Ахунов М.А., Абдурахмонов К.Ф. Кўкрак бези ракини ташхислаш ва даволашда замонавий ҳолат 103

Гафур – Ахунов М.А., Абдурахмонов К.Ф. Современное состояние диагностики и лечения рака молочной железы

ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР, ИЛМИЙ МУШОХАДАЛАР

Тиббиёт янгиликлари (Интернет) 109

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ, НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Новости медицины (Интернет)

Ходжаева Н.И., Шадманова Л .Ш., Азизходжаева Г.С., Шермухамедова Ф.М. Шизофренияда когнитив бузилишларнинг ўзига хос ҳусусиятлари 111

Ходжаева Н.И., Шадманова Л .Ш., Азизходжаева Г.С., Шермухамедова Ф.М. Особенности когнитивных расстройств при шизофрении

Ашуров З.Ш., Шадманова Л.Ш.,Хаитова Г.С., ДавлетяроваУ.М., СыдыковХ.Б. Психоорганик синдром: клиник кўринишлари ва кечиши 114

Ашуров З.Ш., Шадманова Л.Ш.,Хаитова Г.С., ДавлетяроваУ.М., СыдыковХ.Б. Психоорганический синдром: клинические проявления и течение

СЕМИНАРЛАР, КОНГРЕССЛАР, СИМ–ПОЗИУМЛАР

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ва Европа тиббиёт ассоциациялари Форуми ҳақида 119

СЕМИНАРЫ, КОНГРЕССЫ, СИМ–ПОЗИУМЫ

О Форуме Всемирной организации здравоохранения и Европейских медицинских ассоциаций

Ўзбекистон Республикаси врач косметологларининг иккинчи ўқув - амалий конференцияси хақида 120

О второй учебно-практической конференции врачей косметологов Республики Узбекистан

ЮБИЛЕЙЛАР

Искандаров Т. И. 121

ЮБИЛЕИ

Искандаров Т. И.

Ўзбекистон врачлар ассоциацияси
барча тиббиёт ходимларини
“НАВРЎЗ”
байрами билан чик қалбдан табриклайди.
Сизларга сиҳат – саломатлик, тинчлик – хотиржамлик,
ишларингизда улкан зафарлар тилайди.

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Ассоциация врачей Узбекистана поздравляет читателей с новым 2014 годом! Желает вам и вашим близким здоровья, благополучия и дальнейших творческих успехов.

Президент Узбекистана Ислам Каримов объявил 2014 год «Годом Здорового ребенка», определив тем самым главное направление нашей деятельности.

Оглядываясь назад можно с удовлетворением констатировать, что прошедший год для АВУ и нашего журнала был успешным с точки зрения решения поставленных задач.

Периодические издания Ассоциации врачей Узбекистана позволяют рассматривать актуальные проблемы в области по различным медицинским специальностям, освещать достижения научных исследований, применять и внедрять в практику медицинских учереждений Узбекистана мировых стандартов диагностики и лечения.

В представленной рубрике, публикуются систематические материалы съездов, симпозиумов, семинаров, которые проводятся под руководством Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

На заседании Президиума АВУ 31.01.14г. определен план проведения мероприятий, пятой отчетно-перевыборной конференции АВУ, запланированной на май, а так же утвержден устав отделения «Валеологов» и ассоциация «Валеологов» стало коллективным членом Ассоциации врачей Узбекистана.

В числе достижений можно отметить следующее: увеличение тиража журнала АВУ на 34% по сравнению с прошлым годом. Активно развивалось дистанционное образование (журнальная форма), получающего все большую поддержку среди врачей страны, а так же включение БАВУ в перечень журналов ВАК Республики Узбекистан, ориентированных на международные стандарты. Журнал рекомендован для публикации результатов научных работ соискателей ученых медицинских степеней.

Существенно укрепились международные связи: представители АВУ приняли участие в Европейском форуме медицинских ассоциаций (г. Рига), в ежегодном Пироговском съезде (г. Москва), на конференции «Био Корея» (Сеул), посвященной итогам Меморандума о сотрудничестве с Институтом развития индустрии здравоохранения Республики Корея и Ассоциацией международных медицинских услуг Кореи.

Наряду с развитием дистанционного образования, в т.ч. и Он-лайн (на нашем сайте www.avuz.uz) совместно с ТашИУВ планируется решить вопрос о выдаче сертификатов врачам, прошедших Он-лайн обучение. Будет продолжена работа по укреплению отделений Ассоциации в областях и проведению научно-практических семинаров для практикующих врачей по актуальным проблемам здравоохранения.

Мы надеемся, что материалы, публикуемые в нашем журнале, способствуют совершенствованию работы врачей по усовершенстованию диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

УДК 614.2:616.613-003.7-084-07:612-014

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ХОРЕЗМСКОГО РЕГИОНА

Рахимов М.К.
(ТашИУВ)

В статье освещена эпидемиология прелитиаза и мочекаменной болезни в Хорезмской области. В результате эпидемиологического обследования выявлено признаки прелитиаза у 220 больных, что составило 5,51%. Среди обследованных по данным УЗС, у 66 (1,6%) человек обнаружен камни мочевыводящих путей, из них у 32 (0,8%) – впервые. Показано, что в результате первичной профилактики с применением Канефрон®Н через три месяца наблюдалось улучшение у 146 (80,2 %) больных.

Доказано, что одним из важнейших результатов является выявление ранних стадий заболевания и ее превентивное лечение в условиях первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, экология, профилактика и лечения уролитиаза, первичное звено здравоохранение.

СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИ ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАШҚИЛЛАШТИРИШ ВА ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА БЕМОРЛАРНИ УЗОҚ МУДДАТЛИ КУЗАТУВ НАТИЖАЛАРИ

Ушбу мақолада Хоразм вилоятида прелитиаз ва сийдик тош касаллигининг эпидемиологияси ёритилган. Эпидемиологик текширувлар натижасида 220 та беморда прелитиаз аниқланиб, 5,51% ни ташқил қилди. Текширилувчилардан УТТ сига кўра 66 (1,6%) тасида сийдик ажратиш тизимида тош борлиги аниқланди, улардан 32 (0,8%) тасида касаллик бирламчи аниқланди. Канефрон®Н препаратини қўллаш билан ўтказилган бирламчи профилактика натижасида уч ойдан сўнг беморларнинг 146 (80,2%) тасида аҳволи яхшиланганлиги кузатилди.

Эпидемиологик текширувларнинг мухим натижаларидан бири бу касалликни эрта аниқлаш ва превентив даво чораларини олиб боришдир.

Калит сўзлар: сийдик тош касаллиги, экология, уролитиазни даволаш ва профилактикаси, соғлиқни сақлашни бирламчи бўғини.

THE ORGANIZATION OF THE PREVENTION OF UROLITHIASIS AND THE RESULTS OF LONG-TERM MONITORING OF PATIENTS IN THE KHOREZM REGION.

The article highlights the epidemiology prelitiaza and urolithiasis in the Khorezm region. As a result, epidemiological survey revealed signs prelitiaza in 220 patients, accounting for 5.51%. Among the surveyed according to the PSM in 66 (1.6%) had urinary tract stones are found, of whom 32 (0.8%) for the first time. It is shown that as a result of primary prevention using Kanefron ® H three months observed improvement in 146 (80.2%) patients. Proven to be one of the most important results is the detection of early stages of the disease and its preventive treatment in primary care.

Keywords: urolithiasis, the environment, the prevention and treatment of urolithiasis, primary health care.

В структуре болезней мочевыводящих путей значительную долю занимает мочекаменная болезнь (МКБ). Ее можно отнести к группе наиболее значимых в медико-социальном отношении заболеваний. На протяжении последнего десятилетия во всем мире отмечается неуклонный рост данной патологии [2,3,8,10].

МКБ приводит к неоднократной госпитализации, нетрудоспособности и летальным исходам, ухудшению качества жизни больных и в этой связи приобретает все большую актуальность. МКБ нередко приводит к гнойно-воспалительным осложнениям и является причиной оперативных вмешательств [9].

По данным зарубежной литературы, 1-3% населения всего мира страдает мочекаменной болезнью, в структуре госпитализированной заболеваемости данная нозология занимает до 30-40% среди урологических больных.

Возрастная структура заболеваемости мочекаменной болезнью характеризуется высокими показателями среди лиц трудоспособного возраста, особенно в возрастной группе 25-50 лет.

Ежегодный прирост заболеваемости мочекаменной болезнью в большинстве экономически развитых стран составляет 2-2,5%, в Российской Федерации данный показатель составляет от 1 до 3% [4].

Уровень заболеваемости тесно связан с демографическими процессами и социально-экономическими, политическими, медицинскими, экологическими проблемами региона.

При пестрой полиэтиологической природе МКБ ведущее значение в ее возникновении придается социально-экологическим факторам, в частности, повышению минерализации воды,

недостатку или избытку в ней и в продуктах питания некоторых микроэлементов, ухудшению экологической обстановки вследствие техногенного загрязнения окружающей среды (Тыналиев М.Т., 1993; Полиенко и соавт., 2006; Grases F. etal, 1999).

Общеизвестно, что одной из глобальных экологических проблем остается проблема усыхания Аральского моря. За последние 45 лет уровень воды в море уменьшился в несколько раз и объем воды - в 9,6 раз: с 1183 куб. км до 115 куб. км; площадь акватории - в 3,8 раза: с 68,9 тыс. кв. км до 17,6 тыс. кв. км. Соленость воды возросла до 12 раз. Море отступило от берегов на 100-150 км, оставляя за собой свыше 45 тыс. кв. км бывшего дна. Ежегодно солевая пустыня выбрасывает в атмосферу 75 млн. тонн токсических солей и пыли. Поднятые ураганом столбы длиной 200-400 км и шириной 30-40 км разносятся на большие территории. Эти переносы становятся одними из серьезных источников засоления почв. В настоящее время более 60% орошаемых земель в бассейне Аральского моря подвержены засолению. Одновременно сокращается биоразнообразие, изменяется климат. Так, Аральское море, как раньше, не обеспечивают природно-климатический баланс на всей территории Центральной Азии. Этот сложный комплекс проблем создал острую социально-экологическую обстановку в регионе Приаралья [6].

Только комплексный подход к изучению всех аспектов, включая состояние и тенденции в заболеваемости патологией мочевыводящих путей, организации урологической помощи, социальные вопросы формирования здоровья и здорового образа жизни может внести реальный вклад в улучшений здоровья и качества жизни населения, проживающих в зоне Приаралья.

На сегодняшний день накоплен значительный опыт в профилактике и медикаментозному лечению мочекаменной болезни. В большинстве развитых стран доля открытых операций сведена к минимуму и составляет не более 1,5%.

Большое разнообразие причин и клинических форм МКБ делает профилактику и лечения этого заболевания достаточно сложной задачей, которая должна решаться по возможности индивидуально [1].

Несмотря на широкое внедрение новых высокоэффективных, неинвазивных методов диагностики и лечения мочекаменной болезни, частота рецидива продолжает оставаться высокой до 38,4% [5].

Общеизвестно, что как бы эффективно не была проведена операция по удалению камня, без последующей комплексной и индивидуально подобранной метафилактики конечный результат лечения будет неудовлетворительным. В связи с этим особую актуальность приобретает организация, диагностика, профилактика и лечения данного заболевания, создание стандартных комплексных протоколов ведения больных на разных этапах лечения в первую очередь в первичном звене здравоохранениях. Стандартизированный подход позволяет унифицировать лечение больных, выработать единый согласованный подход к лечебно-диагностическому процессу эндокринологов, терапевтов, диетологов, гастроэнтерологов, физиотерапевтов и врачей других смежных специальностей, которые могут назначить дополнительное лечение, воздействующее на факторы риска камнеобразования, снижая, таким образом, степень рецидива. Первичное звено здравоохранения ведущее и наиболее важное, но, к сожалению, наиболее слабое звено как в диагностике, так в и консервативном комплексном лечении пациентов с уролитиазом, что нередко приводит к развитию осложнений.

Эпидемиологического обследования проведено в сельских врачебных пунктах (СВП) отдельных районов Хорезмской области признанной экологической кризисной территорией.

В период 2009 - 2011гг, обследовано 3991 человек, что составили 84,9% населения обследуемой территории.

Из 3991 обследованных, 1551 (38,9%) мужчин и 2440 (61,1%) женщин; из них 3009 (75,4%) взрослые и 982 (24,6%) дети.

В обследовании респондентов пользовались следующие методы диагностики: опрос обследованных по специальному опроснику, физикальный осмотр, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря и простаты, определение pH мочи при помощи тест полосок (Urine-10, фирма CypressDiagnostics), микроскопия осадка мочи и pH метрия мочи.

В результате эпидемиологического обследования выявлены признаки прелитиаза у 220 больных, что составило 5,51%. Половая возрастная характеристика выявленных больных приведена в таблице 1 (n - 3991).

Таблица 1

Пол		Мужчины		Женщины		Всего	
		n	M±m	n	M±m	n	M±m
Возраст	1-14л	3	0,61±0,35	8	1,66±0,58	11	1,13±0,34
	15-19л	4	2,38±1,18	12	4,41±1,25	16	3,64±0,89
	20-29	19	8,15±1,79	33	5,71±0,97	52	6,41±0,86
	30-39	20	8,06±1,73	30	6,70±1,18	50	7,18±0,98
	40-49	20	11,56±2,43	24	6,52±1,29	44	8,13±1,18
	50-59	11	8,73±2,51	23	10,95±2,16	34	10,12±1,65
	60-69	4	7,55±3,63	4	8,00±3,84	8	7,77±2,64
	70-79	2	4,00±2,77	2	6,25±4,28	4	4,88±2,38
	>80	0	0,00±0,00	1	20,00±17,89	1	9,09±8,67
Всего		83	5,37±0,57	137	5,61±0,47	220	5,51±0,36

Следует отметить, что наибольший показатель распространенности кристаллурии, в большей степени, наблюдался у женщин по сравнению с мужчинами, в возрастных группах от 20 до 60 лет, т.е. в период наиболее активной трудовой деятельности.

Для определения типов кристаллов мочевых солей проводилась микроскопия осадка мочи.

Для изучения распространенности отдельных признаков кристаллурии (прелитиаза) в зависимости от локализации и типа мочевых кристаллов, обследованные пациенты были распределены на группы.

Первую группу составили лица с визуально определяемыми при помощи УЗС конгламератами солей или конкрементами в полости чашечно- лоханочной системы, вторую - пациенты с наличием признаков прелитиаза выявленным при УЗС и кристаллурией. Третью группу составили пациенты у которых конгламераты солей или конкременты при УЗС не были найдены, но имелись признаки МКБ в анамнезе и при микроскопии мочи выявлялась кристаллурия (таблица 2).

Таблица 2

Распространенность по минеральному типу и локализация признаков прелитиаза среди взрослого населения (n - 3009).

Тип кристаллов	КГС		КГС + КС		КС		Всего	
Признаки прелитиаза	n	%	n	%	N	%	N	%
кристалурия не определялась	23	0,76	-	-	-	-	23	0,76
ураты	-	-	21	0,69	57	1,89	78	2,59
оксалаты	-	-	15	0,49	24	0,79	39	1,29
фосфаты	-	-	9	0,29	15	0,49	24	0,79
трипельфосфаты	-	-	5	0,16	8	0,26	13	0,43
смешенный	-	-	6	0,19	11	0,36	17	0,56
итого	23	0,76	56	1,86	115	3,82	194	6,44

КГС – конгламераты солей; КГС + КС – конгламераты солей и кристаллурия;
КС – кристаллурия.

Среди обследованных по данным УЗС у 66 (1,6%) человек обнаружен камни мочевыводящих путей, причем у 32 (0,8%) из них, впервые (таблица 3).

Таблица 3

Распределение больных с мочекаменной болезни по полу и возрасту (n - 3991)

Пол		Мужчины		Женщины		Всего	
		n	M±m	n	M±m	n	M±m
Возраст	1-14л	1	0,20±0,20	1	0,21±0,21	2	0,21±0,15
	15-19л	2	1,19±0,84	3	1,10±0,63	5	1,14±0,51
	20-29	3	1,29±0,74	7	1,21±0,45	10	1,23±0,39
	30-39	9	3,63±1,19	8	1,79±0,63	17	2,44±0,59
	40-49	10	5,78±1,77	10	2,72±0,85	20	3,70±0,81
	50-59	3	2,38±1,36	7	3,33±1,24	10	2,98±0,93
	60-69	1	0,92±0,91	1	1,15±1,14	2	1,02±0,72
	70-79	0	0	0	0	0	0
	>80	0	0	0	0	0	0
Всего		29	1,87±0,34	37	1,51±0,25	66	1,65±0,20

Больным с мочекаменной болезнью которых можно лечить или наблюдать в условиях СВП даны рекомендации (консервативное лечение). Больным которым было показано стационарное лечение, направлялись в Хорезмский филиал Республиканского специализированного центра урологии.

Методы профилактики включали комплекс мероприятии: подвижный образ жизни, увеличение объема потребляемой жидкости, чтобы объем суточной мочи был более 2 литров, ограничения в диете, зависящие от типа кристаллов и рекомендации по устранению или ослаблению действия внешних факторов риска (избегать длительного пребывания под солнцем, в жарко натопленном помещении).

Среди многочисленных лекарств наиболее эффективным оказался Канефрон®Н (Bionorica, Германия), которые используется в качестве литолитической терапии. Канефрон®Н – комбинированный фитопрепарат, в состав которого входят золототысячник (Centaurium umbellatum), любисток (Levisticum officinale) и розмарин (Rosmarinus officinale). Входящие в состав препарата вещества оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на органы мочевой системы, уменьшают проницаемость капилляров почек, обладают диуретическим эффектом, улучшают функцию почек, потенцируют эффект антибактериальной терапии.

Канефрон®Н усиливает выведение солей мочевой кислоты. Это действие препарата связанно с мочегонным, спазмолитическим эффектом, а также с улучшением почечного кровотока и микроциркуляции почек. Увеличение выделения мочевой кислоты предотвращает выпадение в мочевыводящих путях ее кристаллов, рост и формирование камней [7].

Доза препарата составила по 2 драже или по 50 капель три рази в сутки в течении 3 месяцев.

Диспансерное наблюдение продолжалось в течение года (таблица 4).

Таблица 4. Результаты первичной профилактики уролитиаза

Признаки прелитиаза	Показатели наличия признаков прелитиаза																					
	Исходные	Результаты первичной профилактики уролитиаза с применением Канефрона через 3 месяца										Результаты первичной профилактики уролитиаза без применением Канефрона через год									
		Явка		Рекомендации соблюдали				Рекомендации несоблюдали				Явка		Рекомендации соблюдали				Рекомендации несоблюдали			
				наличие признаков прелитиаза		отсутствие признаков прелитиаза		наличие признаков прелитиаза		отсутствие признаков прелитиаза				наличие признаков прелитиаза		отсутствие признаков прелитиаза		наличие признаков прелитиаза		отсутствие признаков прелитиаза	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Кристаллурия не определялась	23	22	95,7	6	28,6	15	71,4	1	100	0	0	22	100	7	36,8	12	63,2	2	66,7	1	33,3
Ураты	78	77	98,7	10	13,5	64	86,5	2	66,7	1	33,3	76	98,7	21	28,4	53	71,6	1	50	1	50
Оксалаты	39	39	100	6	16,7	30	83,3	2	66,7	1	33,3	38	97,4	12	31,6	26	68,4	0	0	0	0
Фосфаты	24	24	100	7	29,2	17	70,8	0	0	0	0	22	91,7	7	31,8	15	68,2	0	0	0	0
Трипель-фосфаты	13	13	100	3	25	9	75	1	100	0	0	12	92,3	4	36,4	7	63,6	1	100	0	0
Смешшенный	17	16	94,1	4	26,7	11	73,3	1	100	0	0	16	100	6	40	9	60	1	100	0	0
Итого	194	191	98,5	36	19,8	146	80,2	7	77,8	2	22,2	186	97,4	57	31,8	122	68,2	5	71,4	2	28,6

Из 220 жителей с признаками прелитиаза профилактическое лечение получили 194 (88,18%). В результате первичной профилактики с применением Канефрон®Н через три месяца, у которых соблюдавших рекомендации, избавились от признаков прелитиаза 146 больных, что составило 80,2 %, у 36 (19,8%) больных сохранились признаки прелитиза. Последующим, соблюдающим комплекс мероприятий, через год улучшения состояния наступило у 122 (68,2%) больных. Таким образом, для профилактики мочекаменной болезни необходимо длительное лечебно-профилактическое мероприятие, с курсовым применением литолитических препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дзеранов Н. К., Бешлиев Д. А. Лечение мочекаменной болезни – комплексная медицинская проблема. / Consilium–medicum: приложение – Урология. 2003, стр.18–22.
2. Дзеранов Н.К., Яненко Э.К., Константинова О.В. «Факторы риска рецидивов камнеобразования после дистанционной ударно-волновой литотрипсии и их профилактика». Методические рекомендации. № 94/283. МЗМП РФ, НИИ урологии. - М., 1996. - 10 с.
3. Калинина С. Н., Тиктинский О. Л. , Александров В. П., Михайличенко В. В., Алетин Р. Р. Клиническая эффективность препарата Канефрон в лечение больных мочекаменной болезнью после оперативных вмешательств. Тезисы докладов VI Российского Национального Конгресса «Человек и лекарство», 19–23 апреля 1999г., Москва, с. 298.
4. Кузьмина Ф.М. Метафилактика мочекаменной болезни на основе прогнозирования риска рецидива заболевания, автореф, к.м.н., 2010 Саратов.
5. Лопаткин Н.А., Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Дзеранов Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия: прошлое, настоящее, будущее // Урология. 2007. №6.С. 3-13.
6. Проблемы Арала и Приаралья-императив к международному сотрудничеству, «Экосан», 2006г.
7. Пытель Ю.А., Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике // Лечащий врач. – 1999. - №6. – С. 38-39.
8. Тиктинский O.JI., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб. и др.: Питер, 2000. - 379 с.
9. Яненко Э.К., Румянцев В.Б., Сафаров Р.М. и соавт. Окклюзия мочевыводящих путей основная причина развития ряда осложнений мочекаменной болезни // Урология. - 2003. - № 1. - С. 17-20.
10. Tiselius H. G. and all. Giudelines on Urolithiasis./ European Urology 2001, 40, p. 362–371.

УДК 614.255.5

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Мухамедова Н.С., Мамедова Г.Б., Махкамов Ф.Р.
(ТашПМИ)

Страхование в любом современном обществе играет большую роль в функционировании экономики и поддержке жизненного уровня населения. Является одним из институтов экономического развития общества независимо от его политического устройства. Сегодня медицинское страхование в Узбекистане - это развивающаяся отрасль, опирающаяся опыт многих стран мира.

Ключевые слова: медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, финансирование, медицинская услуга

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА МАЖБУРИЙ ТИББИЙ СУҒУРТАНИ РИВОЖЛАНИШ ИСТИҚБОЛИ

Ахолини хаёт даражасини сақлаш учун ва иқтисодиётни ривожланишида суғурта барча замонавий жамиятларда катта ўрин тутади.Суғурта сиёсий холатларга боғлиқ бўлмаган холда жамиятнинг иқтисодий ривожланиш институти хисобланади. Ўзбекистонда бугунги тиббий суғурта – бу дунёдаги кўп давлатлар амалий тажрибасига таянган холда ривожланаётган йўналиш бўлиб, ўз келажагига эга. Дунёнинг кўпгина ривожланган давлатларида суғурта турлари, шу жумладан тиббий суғурта ҳам молиявий ва иқтисодий имкониятларни кенгайтирди, ахоли саломатлигини сақлашга ёрдам беради.

Калит сўзлар: суғурта, молиялаштириш, тиббий суғурта, мажбурий суғурта, ихтиёрий суғурта, тиббий хизмат

PROSPECTS OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE IN UZBEKISTAN

Insurance in any modern society plays an important role in the functioning of the economy and support the living standards of the population. Insurance is one of the institutions of economic development of society, regardless of their political system. Today, health insurance in Uzbekistan - is a growing industry, based on extensive, hands-on experience of many countries in the world and has a great future. The basis for this prediction is that in many developed countries of the world all types of insurance including health started to perform these functions, the insurance company of its capacity and size of the concentrated capital in them are on a par with the banks and the financial sector is an important sector of the economy, the same medical insurance affects the state of health of the population.

Key words: health insurance, compulsory health insurance, voluntary medical insurance, finance, medical service.

Огромная социальная значимость сферы здравоохранения и ее отличительные особенности, такие как высокая себестоимость услуг, асимметричность информации во взаимоотношениях между продавцом и покупателем, широкое распространение такого явления, как моральный риск и др., делают актуальными как активное государственное регулирование рынка медицинских услуг и необходимость наличия профессиональных посредников, способных квалифицированно отстаивать права пациентов. Таковыми, как правило, выступают страховые организации.[5]

Как показывает мировой опыт, медицинское страхование (как добровольное, так и обязательное) играет положительную роль в повышении качества медицинских услуг, привлечении в отрасль здравоохранения дополнительных ресурсов, защите интересов и прав широких слоев населения.[2] В Узбекистане эта отрасль страхования находится на начальной стадии своего развития. Но перед тем как приступить к освещению основных преимуществ медицинского страхования, давайте определим, что, же такое медицинское страхование.

Медицинское страхование осуществляется в двух основных формах: обязательной и добровольной, каждая из которых имеет свои особенности, принципы и порядок проведения страхования.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания.[7] Как правило, ОМС призвано обеспечить всем гражданам равные гарантированные возможности получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС. Таким образом, ОМС – это разновидность социального страхования, выполняющего важные функции социальной защиты населения.[1] Добровольное медицинское страхование (ДМС), как и обязательное медицинское страхование, преследует цель предоставления гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования.[2] Однако ДМС, в отличие от ОМС, является отраслью не социального, а коммерческого страхования. Поэтому если ОМС работает на основе принципа коллективной солидарности и направлено на социальное выравнивание и обеспечение минимума благосостояния, то ДМС работает на основе принципа страховой эквивалентности, то есть по договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.[3]

Предпосылками внедрения страхования, явились основные отличительные особенности, которым обладает сектор здравоохранения. Главная особенность сектора здравоохранения как отрасли экономики в том, что здесь создаются услуги, которые чрезвычайно важны для поддержания здоровья и жизни человека. Отсюда колоссальная социальная значимость этой сферы и высокая моральная ответственность общества и государства перед гражданами за доступность и качество медицинских услуг. Отсюда и повышенный интерес государства к этой отрасли экономики. Кроме того, сфера предоставления медицинских услуг отличается от многих других сфер производства товаров и услуг:

• Высокая себестоимость услуг объясняется высокими требованиями к квалификации, а, следовательно, и высокой стоимостью труда медицинских работников, также необходимостью использования сложного высокотехнологичного оборудования, покупки дорогих препаратов и лекарств. Это объясняет широкое распространение государственных механизмов перераспределения доходов с целью обеспечения малообеспеченных гражданам доступа к жизненно необходимым медицинским услугам.

• Многие будущие потребности конкретного человека в медицинских услугах невозможно запланировать заранее, так как нужда в них может возникнуть внезапно. Соответственно, затруднительно планировать расходы на оплату медицинских услуг на уровне отдельного человека или семьи.

• Медицинские работники (продавцы), как правило, обладают намного большими знания-

ми о болезнях, травмах и способах их лечения (то есть о потребностях и способах их удовлетворения), чем пациенты (покупатели). Кроме того, для рынка медицинских услуг характерны ограниченность или отсутствие альтернатив и необходимость быстрого принятия решений. Пациенты бывают часто лишены возможности выбора медицинского учреждения, доктора, особенно в случае необходимости неотложной помощи. Соответственно продавец имеет огромные возможности навязывать покупателю дополнительные услуги, ненужное ему лечение, устанавливать монопольно высокие цены, а покупатель зачастую не способен адекватно оценить ни рекомендации продавца, ни качество получаемых услуг.

• Широким распространением такого явления как моральный риск. Моральный риск возникает тогда, когда индивид, имеющий доступ к гарантированным медицинским услугам (предоставляемым бесплатно государством или оплачиваемым страховой компанией) сознательно увеличивает риск причинения ущерба, зная, что убытки будут покрыты за чужой счет (в данном случае - страховой компанией или государством). Иногда это проявляется в недостаточном внимании к своему здоровью. Кроме того, пациент, зная, что кто-то, а не он сам оплатит счет, старается воспользоваться как можно более дорогой помощью. Медики стремятся к тому же, руководствуясь интересами повышения личного дохода и престижа. Последний в целом повышается, если врач овладел дорогостоящими наукоемкими технологиями. В других случаях может иметь место обыкновенный обман, когда, например, страховая компания вынуждена оплачивать счета за неоказанные услуги. Результат – происходит удорожание страховых услуг (добросовестный страхователь вынужден платить за недобросовестного).

• Страховщик (в коммерческом страховании) осуществляет отбор клиентов и устанавливает цены за свои услуги на основе анализа его предшествующего состояния. Ставка страхового взноса повышается, или в страховке отказывают пациенту, у которого налицо хроническое заболевание в активной форме или иное медицинское состояние, предопределяющее высокий риск обращения за помощью. Соответственно, коммерческое медицинское страхование неспособно выполнять социальные функции. Особенно страдает универсальность охвата населения.[4]

Указанные особенности неизбежно ограничивают сферу применения рыночных механизмов в секторе здравоохранения и превращают его в объект активного государственного вмешательства, которое осуществляется в условиях рыночной экономики. Более того, сегодня в большинстве стран доминируют нерыночные формы оплаты медицинских услуг - прямое государственное финансирование и обязательное медицинское страхование. Такой подход особенно распространен в странах с развитой рыночной экономикой, где модели здравоохранения построены на основе солидарного принципа.

В Узбекистане в настоящее время одним из направлений совершенствования системы управления и финансирования здравоохранения является развитие в стране добровольного медицинского страхования, осуществляемого на коммерческой основе. Рынок ДМС Узбекистана обладает следующими специфическими особенностями: в большинстве случаев страхуется лишь экстренная медицинская помощь, но не лечение хронических заболеваний; доминирует корпоративное страхование, индивидуальное медицинское страхование пока редкое явление; хотя предоставление услуг по ДМС в Узбекистане менее выгодно по сравнению с большинством других видов страхования, страховые компании вводят и развивают данный вид страхования с целью расширения ассортимента своих услуг.[1]

Существует два принципиально отличных механизма финансирования медицинских услуг в зависимости от того, являются ли они гарантированными государством или коммерческими. Первые должны финансироваться преимущественно напрямую государством либо через систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Хотя в некоторых случаях они частично могут и напрямую оплачиваться пациентами, либо финансироваться через добровольное медицинское страхование (ДМС). Вторые должны финансироваться преимущественно самими пациентами и их работодателями, в том числе и через различные программы ДМС. При этом государство, учитывая социально-экономическую значимость здоровья людей, может косвенным образом поддерживать коммерческое здравоохранение и ДМС, преимущественно посредством предоставления налоговых льгот и поддержки инфраструктуры.[2]

В развитых странах добровольное медицинское страхование носит дополнительный характер и реализуется помимо государственного финансирования и обязательного медицинского страхования. Государственное финансирование и ОМС охватывают базовые медицинские услуги, предоставляемые всем застрахованным лицам. ДМС покрывает дополнительные медицинские услуги, за которые государство не может гарантировать своим гражданам оплату из средств бюджета или ОМС. [1]

Анализ основных принципов медицинского страхования, применяемых в большинстве зарубежных стран, показывает, что практически везде широко применяется частичная оплата застрахованными лицами определенных медицинских услуг. Механизм соопла́ты сдерживает пациентов от ненужных расходов, так как часть этих расходов идет непосредственно из их кар-

мана. Другими отличительными признаками систем страхования здоровья является наличие «периода ожидания», предшествующего выплате оговоренного договором страхования пособия по нетрудоспособности или применение франшизы. Независимо от применяемых принципов финансирования медицинских услуг, предоставление которых гарантировано государством, общество заинтересованно в развитии частных медицинских организаций и добровольного медицинского страхования. Это позволяет максимально расширять ассортимент оказываемых услуг, улучшать их качество, в том числе и в государственном секторе, за счет активизации конкуренции и частной инициативы, а также привлечения дополнительных средств в систему здравоохранения.[2]

Государство должно четко определить свои обязательства в сфере оказания медицинских услуг, исходя из потребностей населения, приоритетов социально-экономической политики и возможностей реального финансирования сферы здравоохранения (как за счет средств бюджета, так и посредством взносов в фонд обязательного страхования). Если государство берет на себя завышенные обязательства, то это чревато как чрезмерной нагрузкой на государственный бюджет и работодателей, а, следовательно, на экономику в целом, так и распространением неофициальных схем оплаты пациентами якобы бесплатных медицинских услуг. Поэтому очень важно четко определиться с объемом и составом гарантированных государством услуг, с составом лиц, на которых эти услуги распространяются, а также с условиями, при которых эти лица могут пользоваться бесплатными услугами.

Формальная замена прямого государственного финансирования системой ОМС без существенного изменения механизмов финансирования медицинских заведений, развития конкуренции среди медицинских заведений и страховщиков, как показывает опыт России, не способна дать импульса развитию системы здравоохранения. Переход к эффективной модели ОМС – сложный и длительный процесс, предполагающий наличие ряда предпосылок и условий. Хотелось бы, чтобы в вопросе здравоохранения было больше прозрачности, и в дискуссиях принимали участие широкие слои населения страны. О том, насколько сложна система ОМС, говорят бурные дебаты, развернувшиеся среди общественности США. Отметим, что в мире система здравоохранения, основанная на страховых принципах, позволяет добиться качественного медицинского обслуживания при ощутимо меньших расходах финансирования. О том, насколько широкие перспективы открываются для страховых компаний при развитии ОМС, говорит фактор соотношения страховых расходов к валовому внутреннему продукту (ВВП) в разных странах. В частности, страны Европы с развитой системой страховой медицины тратят около 6-9% ВВП, в Германии на здравоохранение расходуется около 11% ВВП, в США с применением частной оплаты медицинских услуг затраты составляют около 14% от ВВП.[6] Впрочем, и эти расходы могут возрасти. Согласно законодательству ФРГ, около 90% всего населения Германии охвачены обязательным медицинским страхованием. Лишь на незначительную часть жителей страны (в основном это лица с высокими стабильными доходами) не распространяется обязанность в силу закона страховать свое здоровье. Если застрахованный в больничной кассе хочет получать расширенный по сравнению с программой ОМС объем медицинских и сервисных услуг, он может заключить со страховой компанией договор дополнительного медицинского страхования. Медицинские услуги, предоставляемые, согласно подобному договору, не дублируют услуги, оказываемые в соответствии с программами ОМС, а лишь дополняют и расширяют их. Речь идет, например, о пребывании в одно- или двухместной палате стационара, о физиотерапевтическом лечении, зубопротезировании, коррекции зрения, страховой защите при выезде за рубеж.[2] Впрочем, на первом этапе трудно обойтись без негативных явлений - приписок. В России, например, обязательное медицинское страхование введено с 1993 года, с момента принятия федерального закона об обязательном медицинском страховании. Стоит отметить, что внедрение ОМС в России привело к многочисленным нарушениям и накручиванию услуг медицинских работников. Однако необходимо отметить что ОМС - изначально трудный вид бизнеса за незначительные средства, за которые нужно организовать делопроизводство, печатать полисы, содержать сотрудников, выпускать обязательные информационные материалы и т.д.[7]

Еще одним слабым местом ОМС является вопрос решения лекарственного обеспечения. Например, в Европе существует разнообразие программ. В Великобритании часть лиц вообще не платит - пенсионеры, беременные и маленькие дети - или платит часть от фиксированной суммы (например, во Франции - от 0 до 65% и т.д.). То есть в этих странах основные расходы на лекарства несут государство, больничные кассы и т.д.[1]

В рыночных условиях пока ничего лучшего для контроля над расходами наших медицинских эскулапов, чем медицинское страхование, пока не создано. Третейским судьей в этом вопросе могут выступить именно страховые компании, которые будут максимально заинтересованы в эффективности лечебного процесса клиентов, без дополнительных «накруток» со стороны медицинских учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проект ПРООН «Реформа государственных финансов в Узбекистане», 2009 Узбекистан, г. Ташкент, стр. 6, 35-39
2. «Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза» /Э. Моссиалос, С. Томпсон.Москва 2010, стр. 220, 225
3. Медицинское страхование. Перспектива развития в Украине//Журнал «Рынок страхования», ноябрь 2011, стр. 13-14
4. Страховой рынок Узбекистана: Итоги и тенденции 2008 года. Avesta Investment Group. – Ташкент, 2009.
5. Шишкин С.В. Пути реформирования систем социального и обязательного медицинского страхования. – М.: ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА, 2003.
6. Медицинское страхование в США /rosmedstrah.ru.
7. Общий обзор опыта ОМС в Казахстане /www.undp.kz.

УДК: 616.728.2:616.72-007.24-053.9-036

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Гайко Г.В., Бруско А.Т., Калашников А.В.
(ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины»)

Проведено комплексное исследование 506 больных коксартрозом (КА) IV стадии по Kellgren-Lawrence разной этиологии. Возраст непосредственно влияет на возникновение и развитие идиопатического КА. Преобладали больные пожилого возраста (60,3%), отмечено снижение количества больных идиопатическим КА старческого возраста (7,4%), что связано с уменьшением их двигательной активности. У больных диспластическим КА определена обратная зависимость между скоростью течения и возрастом пациентов. Обследование больных посттравматическим КА определило незначительное влияние возрастного фактора на течение патологического процесса. Проведенное исследование доказывает важную роль возраста в развитии и течении остеоартроза тазобедренного сустава. Установленные особенности клинического течения коксартроза расширяют наши представления о роли возраста, что позволяет оптимизировать профилактику и комплексное лечение остеоартроза тазобедренного сустава у больных пожилого и старческого возраста

Ключевые слова: коксартроз, этиология, формы клинического течения, пожилой и старческий возраст.

КЕКСА ВА ЁШИ КАТТА БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИ ОСТЕОАРТРОЗИНИ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Kellgren-Lawrence IV босқич турли этиологияли коксартроз билан касалланган 506 беморда комплекс текширув ўтказилди. Идиопатик КА пайдо бўлиши ва ривожланишида ёш бевосита аҳамиятга эга. Аксарият кекса ёшдаги беморлар (60,3%) эди, идиопатик КА билан касалланган катта ёшдаги беморлар (7,4%) кўрсаткичи эса харакат активлиги камайганлиги сабабли пасайиши аниқланди. Диспластик КА билан касалланган беморларда уларнинг ёши ва касалликнинг кечиш тезлиги ўртасида қайта боғлиқлик аниқланди. Посттравматик КА билан касалланган беморларнинг текширув натижалари патологик жараёнини кечишига ёш омилини нисбатан таъсири камлиги аниқланди. Ўтказилган текширувлар чаноқ-сон бўғими остеоартрозини ривожланиши ва кечишида ёшнинг роли аҳамиятга эгалигини исботлайди. Аниқланган коксартрознинг клиник кечиш хусусиятлари ёш омилининг роли тўғрисидаги биздаги тасуротларни кенгайтиради, бу эса кекса ва ёши катта бўлган беморларда чаноқ-сон остеоартрозини профилактика ва комплекс даволашни оптимизация қилиш имкониятини беради.

Калит сўзлар: коксартроз, этиология, клиник кечиш формаси, кекса ва ёши катта бўлган беморлар.

PECULIARITIES OF THE COURSE OF OSTEOARTHRITIS OF THE HIP JOINT IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

A complex research of 506 patients can (CA) IV stage of Kellgren-Lawrence of various etiology. Determined that the osteoarthritis of the hip joint in patients of elderly and senile age is dependent on the etiology of the features of the course. The age of the direct impact on the emergence and development of idiopathic CA. Dominated patients older age (60,3%), there was a decrease in the number of patients with idiopathic CA senile age (7,4%), which is connected with the reduction of their physical activity. In

patients dysplastic CA defined inverse dependence between the velocity and the age of the patients. An examination of patients post-traumatic CA determined minor age effects on the course of the pathological process. The study proves the important role of age in the development and progression of osteoarthritis of the hip joint. Installed features of clinical course of the spaceraft will contribute to the understanding of the pathogenesis of this orthopedic diseases, improve the efficiency of complex treatment and prevention of osteoarthritis of the hip joint of different etiology, and in patients of older age groups.
Key words: coxarthrosis, etiology, forms the clinical course of the elderly and senile age.

Дегенеративно-некротические заболевания крупных суставов – актуальная проблема, в которой поражение тазобедренного сустава является наиболее частой причиной временной нетрудоспособности; инвалидность составляет 37,6 % от числа инвалидов с поражениями опорно-двигательной системы [1, 2].Многочисленными эпидемиологическими исследованиями доказано, что возраст является универсальным, наиболее значимым фактором в развитии первичного коксартроза (КА) [2]. В некоторых популяциях коксартрозом страдают свыше 75 % лиц старше 65 лет с поражением нескольких суставов [14]. В то же время отмечено уплощение кривой распространенности КА после 75 лет, то есть в преклонном возрасте увеличение частоты заболевания не наблюдается. Установлено, что с возрастом в матриксе суставного хряща происходят существенные структурные и биохимические изменения, проявляющиеся его истончением и разволокнением, нарушением состава протеогликанов, увеличением числа перекрестных связей коллагена, снижением устойчивости к механическим нагрузкам [7,11–*13,19*]. Эти изменения матрикса обусловлены расстройствами функции хондроцитов, синтезирующих разные по размеру молекулы агрекана и недостаточное количество связывающих белков, что сопровождается нарушением формирования агрегатов протеогликанов [8]. С возрастом митотическая и синтетическая активность и реакция хондроцитов на анаболические и другие биологические стимулы снижаются [20]. В связи с этими возрастными изменениями хондроцитов у лиц старше 40 лет дегенерация суставного хряща нарастает. Старение и связанные с возрастом нарушения синтетической и экскреторной функции хондроцитов снижают способность их поддерживать и восстанавливать суставной хрящ [21].

Существуют несколько гипотез, объясняющих механизм физиологического старения хондроцитов. Считают, что наиболее вероятным механизмом является эрозия теломера и накопление свободных радикалов [9]. В то же время показано, что дегенеративные изменения проявляются при КА более выражено, чем типичные инволютивные изменения суставного хряща [17, 18]. Кроме того, развитию КА способствуют и другие факторы, связанные с естественным старением организма. Это, в первую очередь, объясняется снижением компенсаторных реакций, обеспечивающих распределение трансартикулярной нагрузки, ослабление связочного аппарата, силы мышц и проприоцептивной чувствительности [22].

Считают, что КА характеризуется хроническим течением с медленно нарастающей клинической симптоматикой, что позволяет длительное время сохранять работоспособность [23]. Однако, зарубежные авторы наблюдали и случаи КА с быстрой деструкцией суставных концов костей [10]. В то же время маркеры скорости развития и достоверные показатели прогрессирования КА в настоящее время неизвестны. Не определено также значение возраста в скорости прогрессирования остеоартроза тазобедренного сустава различной этиологии.

Цель работы – определить особенности течения коксартроза различной этиологии у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 310 больных идиопатическим, 164 – диспластическим и 32 – посттравматическим КА IV стадии по Kellgren - Lawrence [16] в возрасте от 23 до 85 лет. Выделяли больных старческого – 75 – 89 лет, пожилого – 60 – 74 лет, молодого, зрелого и среднего – до 60 лет возраста [5]. Скорость прогрессирования КА определяли по методике, приведенной в табл. 1 [4].

Таблица 1

Скорость прогрессирования КА разной этиологии

Этиология и скорость прогрессирования КА	**Критерии скорости прогрессирования КА до IV стадии**
Идиопатический:	
– быстрая,	До 5 лет с момента начала заболевания
– умеренная,	От 5 до 10 лет
– медленная.	Свыше 10 лет

Диспластический:	
– быстрая,	Начало заболевания в возрасте до 30 лет
– умеренная,	От 30 до 50 лет
– медленная.	Свыше 50 лет
Посттравматический:	
– быстрая,	До 5 лет с момента получения травмы
– умеренная,	От 5 до 10 лет
– медленная.	Свыше 10 лет

Результаты и их обсуждение. Распределение больных в зависимости от этиологии, возраста и скорости клинического течения остеоартроза тазобедренного сустава приведен в табл. 2 и рис. 1–3.

Таблица 2

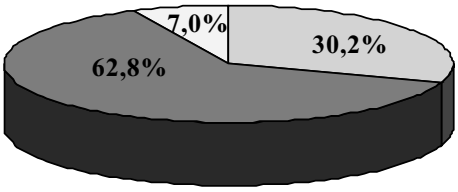
Распределение больных в зависимости от этиологии, возраста и скорости течения КА

КА по этиологии и скорости клинического течения	Возраст пациента						Всего	
	до 60 лет		60–74 лет		75 лет и больше			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Идиопатический:								
быстрая,	39	30,2	81	62,8	9	7,0	129	25,5
умеренная,	36	41,9	45	52,3	5	5,8	86	17,0
медленная	25	26,3	61	64,2	9	9,5	95	18,8
Диспластический:								
быстрая,	52	100,0	–	–	–	–	52	10,3
умеренная,	69	92,0	6	8,0	–	–	75	14,8
медленная	10	27,0	27	73,0	–	–	37	7,3
Посттравматический:								
быстрая,	3	100,0	–	–	–	–	3	0,6
умеренная,	4	66,7	2	33,3	–	–	6	1,2
медленная	16	69,6	7	30,4	–	–	23	4,5
Всего	254	50,2	229	45,3	23	4,5	506	100,0

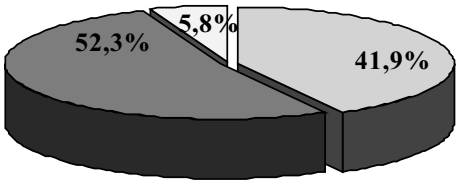
Анализ (см. табл. 2 и рис. 1) свидетельствует, что увеличение возраста непосредственно влияет на возникновение и развитие идиопатического КА. Больные пожилого и старческого возраста составляют 67,7% от общего количества больных идиопатическим КА. Преобладали больные пожилого возраста – 187 пациентов (60,3%). Уменьшение случаев идиопатического КА у больных старческого возраста – 23 пациента (7,4%) связано с уменьшением их двигательной активности [15]. Достоверной разницы между скоростью клинического течения и возрастом больных с идиопатическим КА не обнаружено. Доля больных пожилого и старческого возраста в зависимости от скорости идиопатического КА была стабильно высокой и составила 58,1– 73,7%.

Идиопатический коксартроз

Быстрая



Умеренная



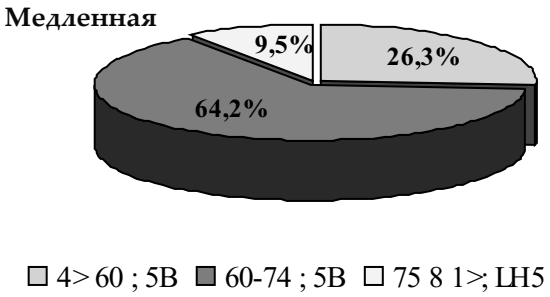


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от этиологии, возраста и скорости клинического течения идиопатического КА

У больных диспластическим КА (табл. 2, рис. 2) отмечена обратная зависимость между скоростью клинического течения и возрастом. Быстроге течение диспластического КА у пациентов пожилого и старческого возраста не наблюдали, при умеренном течении определено 8% больных пожилого возраста, при медленном до 73%. Объяснение этих данных можно найти в проведенных нами ранее клинических и инструментальных предыдущих исследованиях [3, 6]. Так, определено увеличение количества случаев недифференцированной дисплазии соединительной ткани именно у больных с быстрой скоростью прогрессирования диспластического КА. У больных с медленным клиническим течением наблюдали выраженные локальные диспластические изменения тазобедренных суставов, при незначительных признаках системных проявлений дисплазии соединительной ткани. Именно в этой группе возрастной фактор, вероятно, играет решающую роль.

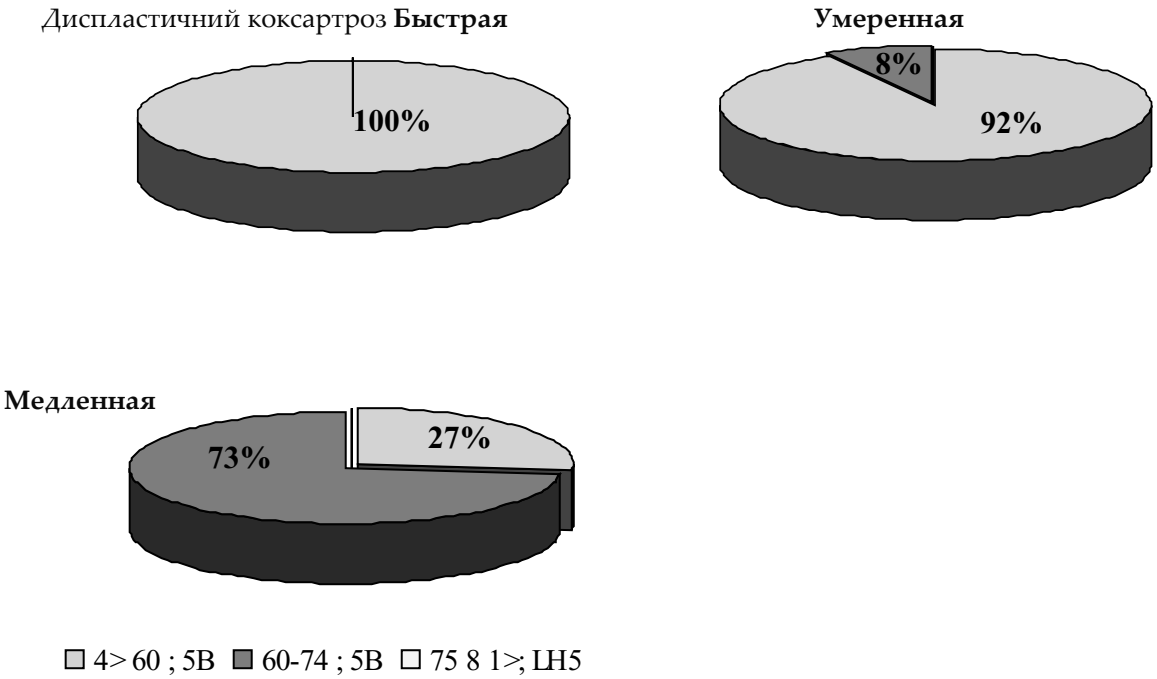


Рис. 2. Распределение больных в зависимости от этиологии, возраста и скорости клинического течения диспластического КА

Анализ результатов обследования больных с посттравматическим КА выявил незначительное влияние возрастного фактора на течение патологического процесса. При быстром течении посттравматического коксартроза больных пожилого и старческого возраста не наблюдали. Преимущественно это были пациенты трудоспособного возраста после тяжелых поражений костей таза. Быстрый ход обусловлен высокоэнергетической травмой и ее последствиями. При медленном течении пациенты пожилого возраста составили 30,4%. В большинстве это были

больные, которые занимались профессиональным спортом, связанным с микротравмами и физическими перегрузками тазобедренных суставов.

Посттравматический коксартроз

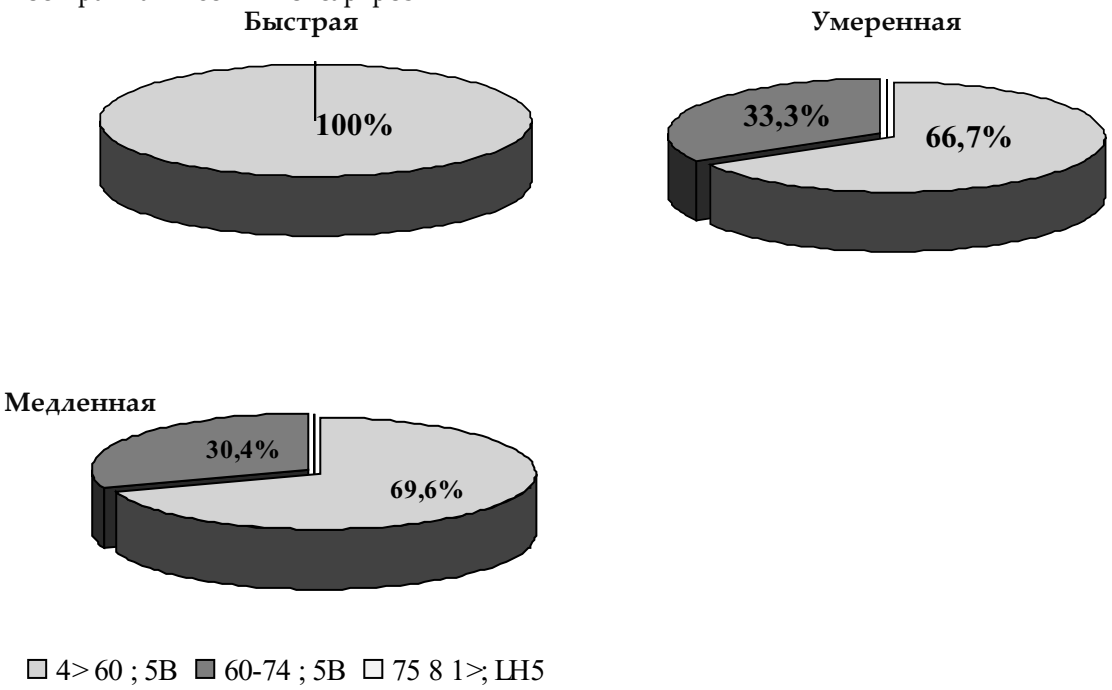


Рис. 3. Распределение больных в зависимости от этиологии, возраста и скорости клинического течения посттравматического КА

Выводы

Возраст непосредственно влияет на возникновение и развитие идиопатического КА. При этом преобладают больные пожилого возраста – 187 пациентов, или 60,3% от общего количества больных идиопатическим КА.

Количество больных идиопатическим КА старческого возраста составило 23 пациента (7,4%), что связано с уменьшением с возрастом их двигательной активности. Больных старческого возраста при диспластическом и посттравматическом КА не наблюдали.

У больных с диспластическим КА определена обратная зависимость между скоростью клинического прогрессирования и возрастом пациента. Случаев быстрого клинического прогрессирования диспластического КА у пациентов пожилого и старческого возраста не наблюдали, умеренное прогрессирование диспластического КА наблюдали у 8% больных пожилого возраста, медленное у большей части больных пожилого возраста – 73%.

Установленные особенности клинического течения коксартроза расширяют наши представления о роли возрастного фактора, что позволяет оптимизировать профилактику и комплексное лечение остеоартроза тазобедренного сустава у больных пожилого и старческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадокин В.В. Значение воспаления в развитии и течении остеоартроза / В.В. Бадокин //«Здоров'я України». – октябрь 2010, №19 (248). – С. 26 –28.
2. Берглезов М. А. Остеоартроз (этиология, патогенез) / М. А. Берглезов, Т. М. Андреева // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2006, № 4. – С.79–86.
3. Гайко Г.В. Іридобіомікроскопія в комплексному обстеженні хворих на коксартроз / Г.В. Гайко, І.В. Рой, О.В. Калашніков та ін. // Вісник морської медицини – 2011, № 3. – С. 21–28.Гайко Г.В. Форми прогресування остеоартрозу кульшового суглоба / Г.В. Гайко, О.В. Калашніков // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2012, № 4. – С.10 – 14.
4. Дупленко Ю.К. Старение. Очерки развития проблемы / Ю.К. Дупленко // Л.: Наука, 1985. – 192 с.
5. Калашніков О.В. Клініко-анамнестичні ознаки дисплазії сполучної тканини у хворих на коксартроз / О.В. Калашніков, В.М. Майко // Вісник морфології. – 2011, № 2, Т. 17. – С. 344–348.
6. Aigner T. Apoptotic cell death is not a widespread phenomenon in normal aging and osteoar-

thritis human articular knee cartilage: a study of proliferation, programmed cell death (apoptosis), and viability of chondrocytes innormal and osteoarthritichuman knee cartilage / T. Aigner, M. Hemmel, D. Neureiter et al. // Arthr Rheum. – 2001, №44. – P. 1304–12.Aigner T., Kim H. A. Apoptosis and cellular vitality: Issues in osteoarthritic cartilage degeneration / T. Aigner, H. A. Kim // Arthritis Rheumatism. –2002. – Vol.46. – P.1986–1996.

7. Allsopp R. C. Telomere shortening is associated with cell division in vitro and in vivo / R. C. Allsopp, E. C. Chang, M. Kashefi-Aazam et al. // Exp. Cell Res. – 1995. – Vol. 220. – P. 194–200.*Bock G.W. Rapidly destructive hip disease: clinical and imaging abnormalities / G.W. Bock, A. Garcia, M.H. Weisman // Radiology. – 1993, № 186. – P. 461–466.*

8. Buckwalter J.A. Articular cartilage: II. Degeneration and osteoarthrosis, repair, regeneration and transplantation / J.A. Buckwalter, H.J. Mankin // J. Bone Jt. Surg. (Am.). –1997. – Vol.79-A. – P.612–632.

9. Buckwalter J.A. Current Concepts Review: Soft Tissue Aging and Musculoskeletal Function / J.A. Buckwalter, S.L. Woo, V.M. Goldberg // Journal of Bone and Joint Surgery. – 1993. – Vol. 75(A). – P. 1533–1548.

10. Buckwalter J.A. The impact of osteoarthritis: Implications for research / J.A. Buckwalter, C. Saltzman, T. Brown // Clin. Orthop. Rel. Res. – 2004. – Vol.427. – P.6–15.

11. Elders M.J. The increasing impact of arthritis on public health. / M.J. Elders // J. Rheumatol. – 2000, № 27. – Suppl.60. – P.6–8.

12. Harris W.N. Etiology of osteoarthritis of the hip / W.N. Harris // Clin. Orthop. – 1986, № 213. – P. 20–33.

13. Kellgren J. Radiological assessment of osteoarthritis /J. Kellgren, J. Lawrence // Ann. Rheum. Dis. – 1957. – Vol.16. – P. 494 – 501.

14. Mankin H. J. Biochemical and metabolic abnormalities in articular "cartilage from osteo-arthritic human hips. II. Correla-tion of morphology with biochemical and metabolic data" / H. J. Mankin, H. Dorfman, L. Lippiello et al. // J. Bone Jt. Surg. Am. – 1971. – Vol. 53. – P. 523–537.

15. Martin J. A. The role of chondrocyte senescence in the pathogenesis of osteoarthritis and in limiting cartilage repair /J. A. Martin, J. A. Buckwalter // J. Bone Jt. Surg. – 2003, № 85-A, Suppl 2. – P.106–110.

16. Martin J.A. Aging, articular cartilage chondrocyte senescence and osteoarthritis / J.A. Martin, J.A. Buckwalter // Biogerontology. – 2002, № 5. – Vol.3. – P.257–264.

17. Martin J.A. Chondrocyte senescence, joint loading and osteoarthritis / J.A. Martin, T.D. Brown, A.D. Heiner et al. // Clinical Orthopaedics and Related Research. – 2004. – Vol.427. – P.96–103.

18. Martin J.A. The age-related decline in chondrocyte response to insulin-like growth factor-I: The role of growth factor binding proteins / J.A. Martin, S.M. Ellerbroek, J.A. Buckwalter // J. Orthop. Res. – 1997. – Vol. 15. – P. 491–498.

19. Shults M.A. Single-bundle versus double-bundle reconstruction for anterior cruciate ligament rupture: a meta-analysis--does anatomy matter? / M.A. Shults // J. Bone Jt. Surg. – 1987, № 2. – Vol. 69A. – P. 243– 247.

20. Spector T.D. How serious is knee osteoarthritis? / T.D. Spector, D.J. Hart // Ann Rheum Dis. – 1992, № 51. – P. 1105–1106.

УДК: 616.12-007.2-053.1-072.1-072.2-089

ТРАНСКАТЕТЕРНЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Махамаджанов М.Т.
(РСЦХ им. акад. В.Вахидова)

Проанализированы результаты эндоваскулярных вмешательств у 556 больных с врожденными пороками сердца в возрасте от 1 до 46 лет (в среднем 14±5,2 лет), выполненных в РСЦХ им.акад.В.Вахидова. Баллонная вальвулопластика стеноза легочной артерии (СЛА) выполнена у 286 (51,4%) больных со СЛА и интактной межжелудочковой перегородкой, а также у 4(0,7%) больных с тетрадой Фалло; баллонная дилатация стеноза устья аорты произведена у 65 (11,7%), коарктации аорты – у 63 (11,3%), стеноза межартериального анастомоза – у 9 (1,6%) больных; транскатетерное закрытие открытого артериального протока выполнена у 46 (8,3%) и дефекта межпредсердной перегородки – у 36 (6,5%) больных; спиртовая абляция септальных ветвей произведена у 4 (0,7%) больных с обструктивной гипертрофической миопатией. В подавляющем большинстве случаев эндоваскулярные вмешательства были эффективными. Летальных исходов не наблюдалось. Анализ проведенных исследований показал высокую эффективность

и безопасность эндоваскулярных методов лечения больных с ВПС. Эти методы могут быть альтернативой традиционной хирургии.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, эндоваскулярное лечение, баллонная вальвулопластика, окклюдеры Амплатцера, спирали Гиантурко

ТУҒМА ЮРАК НУҚСОНЛИ БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА ТРАНСКАТЕТЕР ЭНДОВАСКУЛЯР АМАЛИЁТЛАР

Академик В.Вохидов номидаги Республика Ихтисослаштирилган Хирургия Марказида бажарилган 556 туғма юрак нуқсони бўлган (ТЮН) 1ёшдан 46 ёшгача (ўртача 14±5,2) беморларда бажарилган эндоваскуляр амалиётларнинг натижалари ўрганилди. Ўпка артерия торайишининг баллон валвулопластикаси интакт қоринчалараро тўсиғи бўлган 286 (51,4%) ва Фалло тетрадалик 4(0,7%) беморда, аортанинг клапан ва клапан ости қисмининг туғма торайиши бўлган 65(11,7%) беморда, аорта коарктациясининг баллон дилатацияси 63 (11,3%) ҳамда ўмров ости ва ўпка артерияларо анастомозларининг торайшли 9 (1,6%) беморда, очиқ артериал (боталл) йўлининг транскатетер ёпиш амалиёти 46(8,3%) беморда ва бўлмачалараро дефектини ёпиш 36 (6,5%) беморда бажарилди. Беморларнинг кўп қисмида ижобий клиник ва гемодинамик натижаларга эришилди. Ўлим ходисалари кузатилмади. Ўтказалган текширишлар РЭ амалиётларининг юқори эффективлигини ва нисбатан хавфсизлигини кўрсатди. У бир қатор ТЮН даволашда традицион хирургик амалиётларнинг алтернативаси бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Калит сўзлар: туғма юрак нуқсонлари, эндоваскуляр даволаш, баллон валвулопластика, Амплатцер окклюдерлари, Гиантурко спираллари.

TRANSCATHETER ENDOVASCULAR PROCEDURES IN TREATMENT OF PATIENT WITH CONGENITAL HEART DISEASES

A different types of intervention endovascular procedures were performed in 556 patient with congenital heart diseases (CHD) milder age from 1 to 46 (14 ±5,2) at the V. Vakhidov's Republican Specialized Center of Surgery. Balloon dilatation of pulmonary valve stenosis was done in 286(51,4%) patient with intact interventricular septum and in 4 (0,7%) tetralogy of Fallot, aortic stenosis - 65 (11,7%), koarctation of aorta – 63(11,3%), stenotic subclavian - pulmonary shunt – 9 (1,6%), transcatheter closure of patent ductus arterious 46 (8,3%) and closure of atrium septum defect 36 (6,5%) patients. A procedure was effective in majority of patients. Main complications haven't been observed.

Conclusion: transcatheter endovascular procedures are safe and high effective and they can be alternative for traditional surgery in the treatment of some patient with CHD.

Key words: congenital heart diseases, endovascular treatment, balloon valvuloplasty, Amplatzer septal occluder, Gianrurco coils.

Из более 500 тысяч детей, ежегодно рождающихся в Республике Узбекистан, по данным ВОЗ и министерства здравоохранения Узбекистана, 0,6-0,7% (свыше 3,5 тыс.) имеют тот или иной врожденный порок сердца (ВПС), причем более половины из них нуждаются в безотлагательном хирургическом лечении.

Если в прошлом единственным методом лечения больных с ВПС являлась открытая операция на сердце, то с развитием транскатетерных эндоваскулярных методов последних десятилетий появилась возможность их использования не только для диагностики, но и для эффективного лечения врожденных заболеваний сердца и сосудов. В частности, эти методы лечения широко применяются в лечении таких ВПС, как коарктация аорты (КА) [2,7], стенозы клапанов легочной артерии (СЛА) [1,6], аорты (СУА)[4,6], обструктивной гипертрофической миопатии (ОГКМП) [8], открытого артериального протока (ОАП) [3], коронарно-легочных фистул [6], сложных цианотических пороков и других ВПС [5,6]. В последние десятилетия получило широкое распространение транскатетерное закрытие дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок [6].

Целью данного исследования является анализ результатов и оценка эффективности эндоваскулярных вмешательств у больных с различными на основе опыта работы отделения рентгено-эндоваскулярной хирургии и нарушений ритма сердца РСЦХ им. акад. В.Вахидова (таблица 1).

Табл.1. Распределение пациентов с ВПС в зависимости от вида порока.

№	Вид порока	Кол-во	Возраст (лет)		Вид вмешательства
			от-до	сред.	
	СЛА	286	1-39	14,6±8,9	БВ, дилатация
	СУА	65	5-37	15±5,4	БВ, дилатация
	ОГКМП	4	20-46	33	Септальная аблация
	КА	63	7-31	14.3±2,1	Баллонная дилатация

	Цианотич. ВПС	56	1-19	8,2±3,1	БВ, баллонная дилатация
	ОАП	46	4-15	7,3±4,1	закрытие спиралью Gianturco или окклюдерами Амплатцера
	ДМПП	36	7-40	19,5±	закрытие окклюдерами Амплатцера
	ВСЕГО	556	1-46	14±5,2	

Материал и методы. Анализированы результаты эндоваскулярных вмешательств у 556 больных с различными ВПС в возрасте от 1 до 46 лет в сред. 14±5,2 лет (табл.1).

ЛИТЕРАТУРА

1. Баллонная вальвулопластика (БВ) СЛА выполнена у 286 больных в возрасте от 1 мес до 39 лет (в сред. 14,6±Алекян Б.Г., Дадабаев М.Х., Зуфаров М.М. Баллонная вальвулопластика при изолированном стенозе легочной артерии. В кн.: Эндоваскулярная и минимально инвазивная хирургия сердца и сосудов у детей./ под редакцией Л.А. Бокерия, Б.Г. Алекяна, В.П. Подзолокова. М., 1999; 29 – 46.Алекян Б.Г., Спиридонов А.А., Харпунов В.Ф. и др. Транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование при лечении коарктации аорты. Грудная и сердечно – сосудистая хирургия. 1996; 3; 117 – 121.
2. Алекян Б.Г., Карденас К.Э., Митина И.Н., Плотникова Л.Р. Транслюминальная эмболизация открытого артериального протока спиралью Gianturco. Грудная и сердечно – сосудистая хирургия, 1997; 1; 20-24.
3. Arora R., Goel P.K et al. Percutaneous transluminal balloon dilatation in discrete stenosis Am. Heart. J. 1998;116; 1041.
4. Marazini M., Pongiglione G., Bosoni M. et al. Balloon dilation of stenosed modifeid Blalock – Taussig shunt Cardiologe in the Young 1993; June; 54.
5. Mullins C. et al. World congenital of Pediatric Cardiology.- 1988; 3
6. Suares de leso J., Pan M., Romero M et al. Balloon expandable stent repair of severe coarctation of aorta Am heart J. 1995; 129 (5); 1002 – 1008.
7. Michael A. Fifer. Most Fully Informed Patients Choose Septal Ablation Over Septal Myectomy, Circulation 2007;116:207-216

УДК:611.12-06-612.176:796.071

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА У СПОРТСМЕНОВ-ДЗЮДОИСТОВ

Цой Л.В., Арнопольская Д.И., Турсунов Н.Б.
(ТМА)

В статье представлены результаты изучения структурно-функциональных параметров сердца у спортсменов-дзюдоистов методом эхокардиографии. В нем принимали участие спортсмены-дзюдоисты, входящие в состав молодежной сборной Республики Узбекистан по дзюдо, спортивный стаж которых составлял не менее 7 лет. Исследование проводилось в 2 группах: в первую группу (n=24,юноши15, девушки 9) входили спортсмены-дзюдоисты, средний возраст которых составил 19,2±0,61 лет (основная группа). Контрольная группа была представлена практически здоровыми людьми, не занимающимися спортом(n=28, юноши 15, девушки 13), средний возраст которых составил 19,5 ±0,12 лет. Методом эхокардиографии были изучены особенности сердечно-сосудистой системы практически здоровых людей, не занимающихся спортом, и спортсменов-дзюдоистов.

Ключевые слова: эхокардиография, морфометрические параметры, гемодинамические показатели, дзюдо.

ДЗЮДОИСТ-СПОРТЧИЛАРДА ЮРАК СТРУКТУРАВИЙ-ФУНКЦИОНАЛ ПАРАМЕТРЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Мазкур мақолада дзюдоист-спортчиларда юрак структуравий-функционал параметрлар устида эхокардиография усули орқали олиб борилган тадқиқот натижалари берилади. Унда Ўзбекистон Республикаси дзюдо бўйича ёшлар миллий терма жамоаси дзюдоист спортчилари қатнашадилар. Тадқиқот икки гуруҳда олиб борилади: Биринчи гуруҳ (n=24 , 15 йигит, 9 қиз) ўртача ҳисобда 19,2±0,61 ёшли дзюдоист-спортчиларни (асосий гуруҳ) ўз ичига олади. Назорат гуруҳи ўртача ҳисобда 19,5±0,12 ёшли (n=28, 15 йигит, 13 қиз) спорт билан

шуғулланмайдиган, умуман олганда соғлом вакиллардан иборат. Умуман олганда соғлом, спорт билан шуғулланмайдиган инсонлар ҳамда дзюдоист-спортчиларда юрак-қон томир тизимининг ўзига хос хусусиятлари эхокардиография усули орқали ўрганилган.

Калит сўзлар: эхокардиграфия, морфометрик параметрлар, гемодинамик кўрсаткичлари, дзюдо.

FEATURES OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CARDIAC PARAMETERS IN JUDO ATHLETES

The article presents the results of a study of structural and functional cardiac parameters in judo athletes by the method of echocardiography . Participants of the research were judokas training in teams of Republic of Uzbekistan. Athletes have been doing judo for 7 years. The examination is performed in two groups: the first group (n = 24 , boys 15, girls 9) included judo athletes , whose average age was 19,2 ± 0,61 years (the main group) . The control group was represented by healthy persons not involved in sports (n = 28, boys 15, girls 13), whose average age was 19,5 ± 0,12 years.By the method of echocardiography were studied features of the cardiovascular system of healthy people not involved in sports and athletes.

Key words: echocardiography, morphometric parameters, hemodynamic indexes, judo.

Введение. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы спортсмена является одним из определяющих факторов в формировании комплекса адаптаций организма к длительному воздействию интенсивных физических нагрузок. Научные исследования по оценке сердечно-сосудистой системы в спорте показывают, что сердце спортсмена является наиболее уязвимым органом в условиях физической нагрузки.Занятия спортом с интенсивными динамическими и статическими видами физической нагрузки приводят к увеличению массы миокарда и структурному ремоделированию сердца спортсмена, что подтверждено в большом количеством исследований с эхокардиографией (ЭхоКГ) и магнитной резонансной томографией (МРТ) сердца [1,2,3]. Ремоделирование включает увеличение размеров и объема правых и левых камер сердца, иногда с увеличением толщины миокарда ЛЖ и размеров левого предсердия с сохраненной систолической и диастолической функцией миокарда. Наиболее выражены подобные изменения при занятиях академической греблей, беговыми лыжами, велосипедным спортом и плаванием [1].Систематические тренировки на выносливость и занятия статическими видами спорта могут запускать физиологические процессы адаптации и структурного ремоделирования сердца, включая гипертрофию миокарда желудочков, увеличение размеров полостей сердца и расчетной массы миокарда при нормальной систолической и диастолической функции (спортивное сердце) [4]. Величина и тип ремоделирования сердца зависят от вида спорта и интенсивности нагрузки. Эти адаптационные процессы в некоторых случаях могут ошибочно расцениваться как сердечно-сосудистая патология. Так, у 40% высококвалифицированных спортсменов наблюдаются отклонения на 12-канальной электрокардиограмме (ЭКГ), включая увеличение вольтажа зубцов R и S, появление глубокого зубца Q и нарушение процесса реполяризации [5].Принципиально важно дифференцировать спортивное сердце и сердечно-сосудистую патологию [4,5,6,7,8], так как последняя часто влечет за собой отстранение от занятий спортом в связи с высоким риском прогрессирования заболевания и внезапной смерти. Гипердиагностика может привести к неоправданной дисквалификации спортсмена, что может иметь негативные психологические, социальные и финансовые последствия [1]. В процессе ежедневных спортивных тренировок (не менее 2-3 лет по 3-5 часов в день) на этапах совершенствования и высшего спортивного мастерства формируется усиление вагусных влияний на ритм сердца в покое, что проявляется в развитии более чем у 80% спортсменов брадикардии менее 60 уд/мин у взрослых и подростков. Исходя из выше изложенного, определение структурно-функциональных параметров сердечной деятельности является неотъемлемой частью диспансеризации спортсменов-дзюдоистов, что и позволяет сформулировать нашу цель как исследование особенностей структурно-функциональных показателей сердечно-сосудистой системы по данным ЭхоКГ.

Целью исследования было изучение особенности сердечно-сосудистой системы практически здоровых людей, не занимающихся спортом, и спортсменов-дзюдоистов методом ЭхоКГ

Материалы и методы исследования. Были изучены 2 группы обследуемых. Первую группу составили 24 спортсмена-дзюдоистов обоих полов, средний возраст которых составил 19,2±0,61 лет, входящие в состав молодежной сборной Республики Узбекистан по дзюдо. Средний спортивный стаж в основной группе составил 7,25±0,69 лет. Среди них превалировали мужчины (62,5%). Контрольная группа была представлена 28 практически здоровыми людьми, не занимающимися спортом, проходивших диспансеризацию в семейной поликлинике Олмазарского района города Ташкента, средний возраст которых составил 19,5 ±0,12. В контрольной группе мужчин было 53,6 %, а женщин- 46,4%. В обеих группах для оценки структурно-функциональных показателей сердечной деятельности проводилась ЭхоКГ в покое на аппарате «Medison

Sonorex – 4800» (Корея). Параметры изучались в парастернальном и апикальном доступах. Учитывались следующие показатели: систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление, частота сердечных сокращений (ЧСС), минутный объем крови (МОК), конечно-систолический размер (КСР), конечно-диастолический размер (КДР) левого желудочка, конечно-систолический (КСО) и конечно-диастолический (КДО) объемы левого желудочка, фракция выброса (ФВ) и фракция укорочения (ФУ), толщина межжелудочковой перегородки в систолу (ТМЖПс) и в диастолу (ТМЖПд), толщина задней стенки левого желудочка в систолу (ТЗСЛЖс) и диастолу (ТЗСЛЖд), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекс ММЛЖ. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы Microsoft Excel 2010.Результаты исследования. При изучении данных ЭхоКГ левого желудочка (ЛЖ) в основной и контрольной группах мы получили следующие данные (см. табл. №1):

Таблица 1. Морфофункциональные и гемодинамические показатели сердечно-сосудистой системы в основной и контрольной группах

Показатель	Основная группа	Контрольная группа
КСР, мм	33,4±0,8*	31,0±0,24
КДР, мм	50,0± 0,86*	46,5± 0,12
КСО, мм	46,58±2,62*	37,98±0,70
КДО, мл	119,38±4,68*	99,85±0,59
ФУ, %	33,08±1,12	33,35±0,34
ФВ, %	61,02±1,56	62,01±0,48
ТМЖПс, мм	14,58±0,36*	12,50±0,12
ТМЖПд, мм	9,33±0,21*	7,50±0,12
ТЗСЛЖс, мм	14,38±0,24*	12,0±0,00
ТЗСЛЖд, мм	8,00±0,00*	9,21±0,27
ММЛЖ, г	194,67±10,02*	129,85±2,03
иММЛЖ, г/см^2	108,86±4,52*	74,83±0,02
САД, ммрт.ст.	117,00±3,31*	105,00 ±1,18
ДАД, мм рт.ст.	64,75±1,95	65,00±1,18
ЧСС, уд/мин	61,54±1,35*	71,00±1,65
МОК, л/мин	4416,70±173,09	4395,93±109,75

Примечание: * - различия статистически достоверны при р <0,05, КСР -конечно-систолический размер, КДР -конечно-диастолический размер, КСО -конечно-систолический объем, КДО -конечно-диастолический объем, ФУ -фракция укорочения, ФВ -фракция выброса, ТМЖПс -толщина межжелудочковой перегородки в систолу, ТМЖПд -толщина межжелудочковой перегородки в диастолу, ТЗСЛЖс -толщина задней стенки левого желудочка в систолу, ТЗСЛЖд -толщина задней стенки левого желудочка в диастолу, ММЛЖ-масса миокарда левого желудочка, иММЛЖ- индекс массы миокарда левого желудочка, САД - систолическое артериальное давление, ДАД- диастолическое артериальное давление, ЧСС- частота сердечных сокращений, МОК- минутный объем крови.Как видно из табл. №1 при оценке морфометрических показателей сердца было выявлено достоверное увеличение показателей КСР, КДР, ТМЖПс, ТМЖПд, ТЗСЛЖс, ТЗСЛЖд (р< 0,05) в основной группе по сравнению с контрольной. Оценка гемодинамических показателей сердца выявила аналогичное статистически значимое увеличение показателей КСО, КДО, ММЛЖ, иММЛЖ, САД, ЧСС, МОК у спортсменов-дзюдоистов по сравнению с нетренированными людьми. Статистически значимых различий по данным сократительной способности и минутной производительности сердца выявлено не было.Для более детальной оценки морфометрических параметров сердечно-сосудистой системы спортсменов-дзюдоистов, в ходе исследования, показатели были рассмотрены в зависимости от пола, результаты которых приведены в табл. 2.

Таблица 2. Эхокардиографические параметры сердца у спортсменов дзюдоистов в зависимости от пола

Параметры	Мужчины	Женщины
КСР, мм	34,27±1,02	32,11±1,37
КДР, мм	51,13±1,15	48,11±1,22
КСО, мм	49,23±3,46	42,17±4,30
КДО, мл	125,72±6,36	108,81±6,34
ФУ, %	32,94±1,46	33,31±2,09
ФВ, %	60,77±1,99	61,45±2,97
ТМЖПс, мм	14,80±0,51	14,22±0,52
ТМЖПд, мм	9,47±0,26	9,11±0,41
ТЗСЛЖс, мм	14,00±0,32	15,00±0,31
ТЗСЛЖд, мм	9,33±0,36	9,00±0,47
ММЛЖ, г	207,20±14,18	173,78±12,31
иММЛЖ, г/см^2	110,49±6,43	106,14±6,91
САД, ммрт.ст.	123,6±4,25*	106,0±3,47*
ДАД, мм рт.ст.	66,4±1,7	62,0±4,72
ЧСС, уд/мин	60,67±2,02	63,0±1,66
МОК, л/мин	4548,9±214,8	4196,2±352,6

Примечание: *- различия статистически достоверны при р <0,05, КСР -конечно-систолический размер, КДР -конечно-диастолический размер, КСО -конечно-систолический объем, КДО -конечно-диастолический объем, ФУ -фракция укорочения, ФВ -фракция выброса, ТМЖПс -толщина межжелудочковой перегородки в систолу, ТМЖПд -толщина межжелудочковой перегородки в диастолу, ТЗСЛЖс -толщина задней стенки левого желудочка в систолу, ТЗСЛЖд -толщина задней стенки левого желудочка в диастолу, ММЛЖ-масса миокарда левого желудочка, иММЛЖ- индекс массы миокарда левого желудочка, САД - систолическое артериальное давление, ДАД- диастолическое артериальное давление, ЧСС- частота сердечных сокращений, МОК- минутный объем крови.

Как видно из табл. №2 у мужчин-дзюдоистов наблюдается достоверное увеличение уровня систолического АД по сравнению с женщинами-спортсменками, в то время как в остальных показателях достоверных различий установлено не было.

Выводы.

1. У дзюдоистов высокой квалификации, входящих в состав молодежной сборной Узбекистана, средний возраст которых 19 лет, все ЭхоКГ показатели находятся в пределах нормальных значений.

2. При сравнении с нетренированными добровольцами соответствующего возраста и телосложения, у спортсменов наблюдается ремоделирование сердца, проявляющееся увеличением объемов камер сердца, абсолютной и относительной толщины стенок и массы миокарда ЛЖ.

3. У мужчин-дзюдоистов по сравнению с женщинами, отмечается достоверно более высокий уровень систолического АД. У женщин в процессе ремоделирования сердца наблюдается тенденция к дилатации левых камер, что компенсирует прирост внутримиокардиального напряжения.

Заключение: Таким образом, систематические тренировки с интенсивными динамическими и статическими видами физической нагрузки приводят к изменениям морфометрических и гемодинамических параметров сердца у спортсменов-дзюдоистов по сравнению с нетренированными людьми вследствие запуска процесса физиологической адаптации и его структурного ремоделирования .

ЛИТЕРАТУРА

1. Maron B.J. Sudden death in young athletes//N Engl J Med. - 2003;349: 1064 -75.
2. Gallagher KM, Raven PB, Mitchell JH.Classification of sports and the athlete's heart// In: Williams RA, editor. The Athlete and Heart Disease: Diagnosis, Evaluation and Management. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1999:9 –21.
3. Pelliccia A, Maron BJ, Spataro A, et al. The upper limit of physiologic cardiac hypertrophy in highly trained elite athletes//N Engl J Med 1991;324:295–301.
4. Pluim BM, Zwinderman AH, van der Laarse A, van der Wall EE. The athlete's heart: a meta-analysis of cardiac structure and function//Circulation 2000;101:336 – 44.
5. Pelliccia A, Maron BJ, Culasso F, et al. Clinical significance of abnormal electrocardiographic patterns in trained athletes//Circulation 2000;102:278 – 84.
6. Biffi A, Pelliccia A, Verdile L, et al. Long-term clinical significance of frequent and complex ventricular tachyarrhythmias in trained athletes// J Am CollCardiol 2002;40:446–52.
7. Maron BJ, Pelliccia A, Spirito P. Cardiac disease in young trained athletes: insights into methods for distinguishing athlete's heart from structural heart disease, with particular emphasis on hypertrophic cardiomyopathy// Circulation 1995;91:1596 – 601.
8. Pelliccia A, Culasso F, Di Paolo FM, Maron BJ. Physiologic left ventricular cavity dilatation in elite athletes// Ann Intern Med 1999;130:23–31.

УДК: 616.36-002.2:577.1:578-07

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Арипходжаева Г.З., Касымов И.А.
(ТашПМИ)

У 97 больных ХГС в возрасте от 20 до 50 лет и 20 практически здоровых доноров определялись активность глутатионзависимых ферментов: глутатионпероксидазы (ГП), глутатионредуктазы (ГР), глутатинтрансферазы (ГТ), а также общий, восстановленный и окисленный глутатион во взаимосвязи с генотипом вируса и уровнем вирусной нагрузки. Установлено, что в группах обследованных больных отмечаются глубокие нарушения системы глутатиона, не имеющие достоверной взаимосвязи с вариантом генотипов вируса и уровнем вирусной нагрузки.

Ключевые слова: хронический гепатит С, глутатион, глутатионредуктаза, глутатионпероксидаза, глутатионтрансфераза.

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ «С» НИНГ КЛИНИКО-БИОХИМИК ВА ВИРУСОЛОГИК ЖИҲАТЛАРИ

Мақолада сурункали вирусли гепатит С (СГС) билан хасталанган, ёши 18 дан 50 гача бўлган 97 та беморда вирус генотипи ва вирус юкламасига боғлиқ равишда глутатион тизимини ташқил қилувчи ферментлар: глутатионпероксидаза (ГП), глутатионредуктаза (ГР), глутатионтрансфераза (ГТ) фаоллиги, ҳамда умумий, тикланган ва оксидланган глутатионнинг миқдорини ўрганиш натижалари келтирилган. Тадқиқотлар натижасида СГС билан оғриган беморларда глутатион тизимини ташқил этувчи ферментлар вирус генотипи ва вирус юкламаси ўртасида боғлиқлик аниқланмаган, айни пайтда СГС нинг барча турларида глутатион тизимида чуқур бузилишлар қайд этилган.

Калит сўзлар: сурункали гепатит С, глутатион, глутатионредуктаза, глутатионпероксидаза, глутатионтрансфераза.

CLINICAL-BIOCHEMICAL AND VIROLOGICAL ASPECTS OF CHRONIC HEPATITIS C

The activity of glutation dependent enzymes including glutationperoxidase (GP), glutationreductase (GR), glutationtranspherase (GT) as well as total, recovered and oxidized glutation associated with virus genotype and level of viral loading have been studied in 97 patients at the age from 20 to 50 years and 20 practically healthy donors. It was established that in groups of studied patients there was noted deep disorders of the glutation system without reliable relationship with viral genotype variation and level of viral loading.

Key words: chronic hepatitis C, glutation, glutationreductase, glutationperoxidase, glutationtranspherase.

Актуальность. Рост числа больных ХГС, отсутствие вакцины, предотвращающей заражение при контакте с вирусом, определяют ХГС как одну из важных на сегодняшний день проблем

практической гепатологии.

Клинический опыт показывает, что при нахождении вируса С в организме человека формирование в печени агрессивного течения патологического процесса с финальным исходом в цирроз происходит как в короткие, так и в пролонгированные сроки. Эти наблюдения определяют в последние годы интерес ученых к механизмам клеточной устойчивости к повреждающему действию вируса С [1, 2].

Любой патологический процесс, в том числе при вирусных гепатитах, сопровождается повышенным образованием свободных радикалов и связанное с этим усиление процессов пероксидации липидов, что сопровождается нарушением свойств биологических мембран и нарушением функционирования клеток [2,4].

Основную функцию защиты при активации процессов липопероксидации выполняет антиоксидантная система клеток, недостаточность которой становится одним из факторов активации прооксидантных реакций в организме. Важным компонентом антиоксидантной системы является глутатионзависимое звено, включающее глутатион и зависимые от него ферменты – глутатионпероксидазу, глутатионредуктазу и глутионтрансферазу [1,3].

В связи с этим **цель** нашего исследования – определить взаимосвязь клинико-вирусологических вариантов ХГС с состоянием системы глутатиона.

Материалы и методы исследования. Обследованы 97 больных ХГС в возрасте от 20 до 50 лет и 20 практически здоровых доноров. Клинический диагноз выставлялся на основании анамнеза, результатов клинико-лабораторного обследования и наличия у больного анти-HCV и РНК- HCV. Активность глутатионзависимых ферментов: глутатионпероксидазы (ГП), глутатионредуктазы (ГР), глутатинтрансферазы (ГТ) определяли методом С.Н.Власовой и соавт.(1990) выражали соответственно в мкмоль/мг мин. белка. Общий, восстановленный и окисленный глутатион определяли по методу Вудворда и Фрея (по Травиной О.В., 1955) и выражали в мкмоль/л.

Результаты исследования обработаны при помощи пакета программ Statistica 6.0 Microsoft и применением t-критерия Стъюдента.

Результаты и обсуждение. Результаты проведенных исследований показали, что у больных ХГС наблюдается достоверный срыв гомеостатической функции системы глутатиона. Как видно по данным, представленным в таблице 1, у обследованных больных наблюдается выраженное снижение уровня общего и восстановленного глутатиона – практически в 2 раза. Показатели окисленного глутатиона ниже таковых у здоровых лиц в 1,6 раза.

Снижение уровня глутатиона в значительной степени определяется изменением активности ферментных систем, регулирующих соотношение его окисленной и восстановленной форм. При этом глутатионзависимые ферменты для осуществления своих антиоксидантных функций используют восстановленный глутатион [3].

У больных ХГС отмечается выраженная депрессия активности глутатионпероксидазы – ее уровень снижается по отношению к контрольным показателям в 1,8 раза (табл.1). Глутатионпероксидаза является ключевым ферментом, осуществляющим утилизацию активных форм кислорода и продуктов пероксидации, тем самым играющей определяющую роль в защите мембранных структур клетки [1,3].

Другим ферментом, активно использующим восстановленный глутатион для осуществления антиоксидантной функции, является глутатионтрансфераза [1, 3].Результаты наших исследований показали также достоверное изменения ее активности, но в меньшей степени, чем глутатионпероксидазы (табл.1). Возможно, эта разница в степени изменения ферментативной активности объясняется разными точками приложения ферментов. Если глутатионпероксидаза играет определяющую роль в защите мембранных структур, то глутатионтрансфераза – важный компонент внутриклеточной антиоксидантной защиты [1, 3].

На фоне снижения уровней глутатиона и глутатионпероксидазы у обследованных больных наблюдается повышение активности глутатионредуктазы (табл. 1). Глутатионредуктаза обеспечивает биорегенерацию восстановленного глутатиона и стимуляцию ее активности можно расценивать как компенсаторную реакцию поддержания уровня глутатиона, необходимого для осуществления адаптационных процессов в организме больного [1, 3, 4]

Анализ результатов изменений активности глутатионзависимых ферментов в группах больных с различными генотипами вируса С и вирусной нагрузкой (табл. 2, 3) показал отсутствие достоверной разницы между показателями вкделенных групп больных. Однако отмечается тенденция наибольшего повышения активности глутатионредуктазы и глутатиотрансферазы при высокой вирусной нагрузке, что можно расценивать как компенсаторную реакцию для сохранения клетки в стрессовой ситуации [1, 2, 3].

Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что при ХГС отмечаются глубокие нарушения системы глутатиона, проявляющиеся снижением уровня общего глутатиона, его окисленной и восстановленной форм, угнетением активности глутатионзависимых ферментов и срывом гомеостатических функций антиоксидантных процессов, обуславливающих,

возможно, формирование необратимых изменений в ткани печени.

Выводы:

У обследованных больных ХГС наблюдается достоверное снижение уровней общего глутатиона, его окисленной и восстановленной форм.

При ХГС происходят разнонаправленные изменения в активности глутатионзависимых ферментов – глутатионредуктазы, глутатионпероксидазы и глутатионтрансферазы.

В группах обследованных больных ХГС не отмечается достоверной взаимосвязи степени изменений показателей глутатиона и глутатионзависимых ферментов с вариантами генотипов вируса С и вирусной нагрузки.

Таблица 1

Показатели глутатионзависимых ферментов и глутатиона у больных ХГС

Показатели	Группы обследованных	
	Здоровые n=20	Больные ХВГС n=97
ГР мкмоль/мг мин. белка	2,84±0,02	3,22±0,07*
ГП мкмоль/мг мин. белка	583,3±6,63	338,8±9,04*
ГТ мкмоль/мг мин. белка	2,43±0,03	2,57±0,03*
Глутатион общий мкмоль/л	45,33±1,53	24,18±0,94*
Глутатион восстан.мкмоль/л	43,17±1,55	22,86±0,84*
Глутатион окислен.мкмоль/л	2,16±0,09	1,51±0,16*

Примечание: *-наличие достоверности различий от здоровых лиц

Таблица 2

Показатели глутатионзависимых ферментов и глутатиона в группах больных ХГС с различным генотипом вируса

Показатели	Здоровые n=20	Больные ХГС		
		Генотипы вируса гепатита С		
		1а-1в n =53	2а-2в n =19	3а n=25
ГР мкмоль/мг мин. белка	2,84±0,02	3,09±0,07*	3,39±0,21*	3,37±0,15*
ГП мкмоль/мг мин. белка	583,3±6,63	345,37±12,01*	336,86±23,41*	321,56±15,68*
ГТ мкмоль/мг мин. белка	2,43±0,03	2,57±0,04*	2,60±0,12	2,54±0,05*
Глутатион общий мкмоль/л	45,33±1,53	23,90±1,00*	23,30±2,80*	23,67±2,22*
Глутатион восс. мкмоль/л	43,17±1,55	22,40±0,84*	22,90±3,20*	22,23±1,81*
Глутатион окис. мкмоль/л	2,16±0,09	1,50±0,17*	1,35±0,55	1,43±0,41

Примечание: * - наличие достоверности различий от здоровых лиц;

Таблица 3

Показатели глутатионзависимых ферментов и глутатиона в группах больных ХГС с различной вирусной нагрузкой

Показатели	Здоровые n=20	Больные ХГС		
		$2x10^2 – 2x10^4$ n=49	$2x10^4 – 2x10^5$ n=37	$2x10^6 – 2x10^7$ n=11
ГР мкмоль/мг мин. белка	2,84±0,02	3,30±0,11*	3,08±0,10*	3,37±0,20*
ГП мкмоль/мг мин. белка	583,3±6,63	336,65±11,93*	340,3±15,7*	342,26±30,89*

ГТа мкмоль/мг мин. белка	2,43±0,03	2,58±0,05*	2,51±0,02*	2,75±0,17*
Глутатион общий мкмоль/л	45,33±1,53	25,53±1,56*	21,1±0,70*	23,1±2,6*
Глутатион восстановленный мкмоль/л	43,17±1,55	24,33-1,57*	20,15±0,55*	21,75±2,05*
Глутатион окисленный мкмоль/л	2,16±0,09	1,83±0,23	0,95±0,15*	1,35±0,55

Примечание: * -наличие достоверности различий от здоровых лиц;

ЛИТЕРАТУРА

1. Арипов О.А. Молекулярные механизмы клеточной гибели при гепатитах и пути их коррекции//Автореф. Дисс. На соиск. Д-р. Мед. Наук. – Ташкент 2010, - 37 с.
2. Буеверов А.О. Оксидативный стресс и его роль в повреждениях печени//Росс. Журнал гастроэнтерологии, гепатологии и коллопроктологии. – 2002. - №4. – С. 21-25.
3. Глушков С.И. Нарушение системы глутатиона и их роль в патогенезе острых интоксикаций ксенобиотиками с различными механизмами токсического действия//Автореф.Дисс. на соиск. д-р. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2006. – 45 с.
4. Луцкий М.А., Птицына О.А. Свободнорадикальное оксиление липидов и белков – универсальный процесс жизнидеятельности организма//Журнал теоретической и парктической медицины. – 2009. – Т.7. – №1. – С. 32-37.

УДК: 616.711.6:616.711.7-089

PLIF В ЛЕЧЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Юлдашев Р.М.
(РНЦН)

Цель работы – оценка результатов лечения дегенеративных заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника методом задней межтеловой стабилизации с использованием титановых имплантов. Группа из 15 больных была оперирована по поводу грыж поясничных межпозвонковых дисков, дегенеративных изменений позвоночника, или спондилолистеза. Средний возраст 44,9 лет. Период наблюдения от 12 до 24 месяцев. Стабилизация титановыми кейджами является безопасным и надежным методом лечения заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника, протекающих с компрессией нервных корешков, или нестабильностью позвоночно-двигательных сегментов. Для более точного анализа метода необходимы дополнительные наблюдения.

Ключевые слова: позвоночник, пояснично-крестцовый отдел, задняя межтеловая стабилизация.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ БЕЛ-ДУМҒАЗА СОҲАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ НОСТАБИЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА PLIF

Ишнинг мақсади: умуртқа поғонасининг бел-думғаза соҳаси дегенератив касалликларини титан имплантларини қўллаб, умуртқанинг орқа танаси аро стабиллаш усули билан даволашнинг натижаларини баҳолаш. 15 нафар беморда бел соҳаси умуртқалараро диск чурраси, умуртқа поғонасининг дегенератив ўзгаришлари, ёки спондилолистез сабабли жаррохлик амалиёти бажарилди. Беморларнинг ўртача ёши 44,9 ни ташқил қилди. Кузатиш даври 12 ойдан 24 ойгача. Нерв илдизлари компрессияси, ёки умуртқа-ҳаракат сегментидаги ностабиллик билан кечувчи умуртқа поғонасининг бел-думғаза соҳаси касалликларини даволашда титан кейджлар билан стабиликка эришиш хавфсиз ва мустахкам усул хисобланади. Ушбу усулни янада мукаммал таҳлили учун катта гуруҳ беморлар зарур.

Калит сўзлари: умуртқа поғонаси, бел-думғаза соҳаси, орқа танаси аро стабиллаш.

POSTERIOR LUMBAR INTERBODY FUSION OF THE LUMBO-SACRAL SPINE – TREATMENT OUTCOMES

The purpose of this article was to analyze treatment outcomes after lumbo-sacral spinal fixation by posterior lumbar interbody fusion using titanium threaded cages of discopathy. A group of 15 patients underwent lumbo-sacral spinal fixation by posterior lumbar interbody fusion. The indications for surgical treatment included lumbar discopathy, degenerative disc disease , recurrent disc herniation, and spondylolisthesis. The mean age was 44,9 years. The follow-up period was from 12 to 24 month. Posterior lumbar interbody fusion using titanium threaded cage is a safe and useful technique for the treatment of lumbar spine instability with or without compression. The small number of patients studied prevents further generalization.

Key words: backbone, lumbo-sacral spine , posterior lumbar interbody fusion.

Задняя межтеловая стабилизация пояснично-крестцового отдела (Posterior Lumbar Interbody Fusion) впервые описана Briggs et Milligan в 1944г [4], но классическое описание PLIF привел и распространил Cloward в 1953г [5].

Главным преимуществом этого метода является возможность одновременного воздействия на патологию, охватывающую переднюю и заднюю колонны позвоночника из одного хирургического доступа и восстановление высоты межтелового промежутка. Негативной стороной следует признать необходимость значительных манипуляций, в основном, тракции дурального мешка и нервных корешков во время удаления остистого отростка, дужек, суставных отростков и соединяющих их связочного аппарата, что может ослабить стабильность заднего отдела позвоночника. Несмотря на это, некоторые авторы считают, что PLIF является менее травматичным методом, чем передние доступы [2].

Показаниями к PLIF, прежде всего, является нестабильность передней колонны пояснично-крестцового отдела позвоночника (LS), особенно когда она касается одного его двигательного сегмента [7], механического генеза боли в позвоночнике, источником которых является один позвоночный сегмент. Также использование PLIF показано при рецидивных грыжах дисков, спондилолистезах I и II степеней, послеоперационной нестабильности, сужениях позвоночного канала и других дегенеративных изменениях на уровне межтеловой щели, протекающих с компрессией нервных корешков [1,3,5].

Абсолютными противопоказаниями являются: многоуровневые дисковые дегенерации с негативной дискограммой, одноуровневые изменения с корешковыми болями без нестабильности пояснично-крестцового отдела позвоночника и подтвержденный остеопороз [6].

Цель работы – оценка надежности метода задней стабилизации межтеловыми титановыми кейджами при заболеваниях нижнепоясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы. В 2010-2012гг было оперировано 45 больных (28женщин и 17 мужчин) в возрасте от 32 до 71 года (средний возраст 44,9 лет). Период наблюдения составил от 12 до 36 месяцев. Хирургическая операция при спондилолистезах I-II степеней и стенозах заключалась в широкой декомпрессии задних структур позвоночного канала путем ламинэктомии с частичной, или полной двусторонней фасетэктомией и задней межтеловой стабилизацией титановыми кейджами. В этих случаях спондилодез дополнялся транспедикулярной стабилизацией. При нестабильности, рецидивных и первичных грыжах диска операция ограничивалась частичной резекцией смежных дужек с удалением нижних суставных отростков вышележащего позвонка и задней межтеловой стабилизацией кейджами. Клинические проявления представлены в таблице 1.

Таблица 1. Клинические проявления, отмечавшиеся до лечения.

Неврологические симптомы	Количество больных
Односторонняя корешковая боль в ноге	15/45
Боль в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в ногу	18/45
Боль в нижней части спины	12/45

Показания к хирургическому лечению установлены на основе тщательно собранного анамнеза, основанного на начале проявления болей, их интенсивности в покое и при движении, неврологического обследования и анализа результатов рентгенографии позвоночника (таблица 2).

Таблица 2. Показания к хирургическому лечению.

Показания	Количество больных
Спондилолистез I и II степеней по шкале Meyerding	15/45
Вторичный спондилолистез после дискэктомии	9/45
Рецидивная грыжа диска	9/45
Грыжа диска	3/45
Дегенерация диска	9/45

Всего оперировано 16 сегментов: сегмент VL4-5 – у 12 больных, VL5-S1 – у 27 больных, и у 6 больных – оба сегмента (VL4-5 и VL5-S1). Дооперационная радиологическая диагностика основывалась на обзорных спондилограммах пояснично-крестцового отдела, функциональных спондилограммах в боковой проекции, МРТ-исследовании. В некоторых случаях дополнительно производилась мультислайсная компьютерная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Хирургическая техника. В положении больного на животе производился линейный разрез кожи и скелетировались остистые отростки, дужки и межотростковые суставы. Производилась обычная ламинэктомия оперируемого сегмента с одновременным удалением нижних суставных отростков вышерасположенного позвонка. При нестабильности, рецидивных и первичных грыжах диска операция ограничивалась частичной резекцией смежных дужек с удалением нижних суставных отростков вышележащего позвонка. Это позволяло получить широкий доступ к межтеловому промежутку и безопасное двустороннее введение имплантов с незначительной тракцией нервных образований. После дискэктомии титановые кейджи заполняли костной стружкой, образованной при ламинэктомии и вбивали их в межпозвонковую щель, в которой заранее расширяли пазы. Импланты устанавливались на 2-3 мм глубже заднего края тел так, чтобы они не выступали в позвоночный канал. В ране оставляли дренажную трубку. Мягкие ткани ушивали послойно. Контрольные послеоперационные исследования включали обзорные рентгенограммы в двух проекциях с целью оценки стояния имплантов в 1 сутки после операции, а также через 6 месяцев для выявления наличия костного сращения. Активизация пациентов начиналась с 1-2 суток после операции с фиксацией полужестким корсетом в течение 3 месяцев.

Пример. Больной М.П., 36л, с болями в пояснично-крестцовой области, усиливающимися при движениях с иррадиацией в левую ногу. Диагноз: спондилолистез VL5-S1 II степени (рис. 1 и 2).

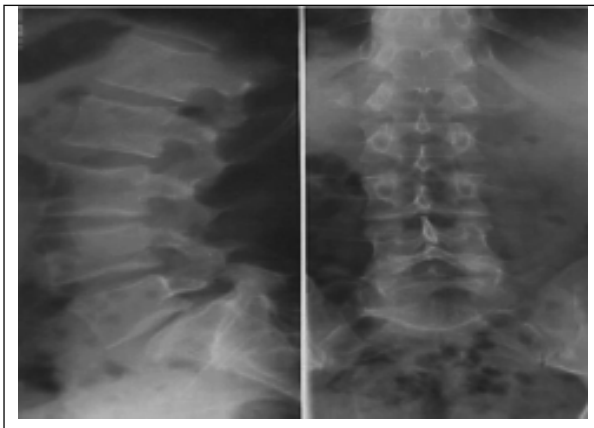


Рисунок1.Обзорные дооперационные рентгенограммы.

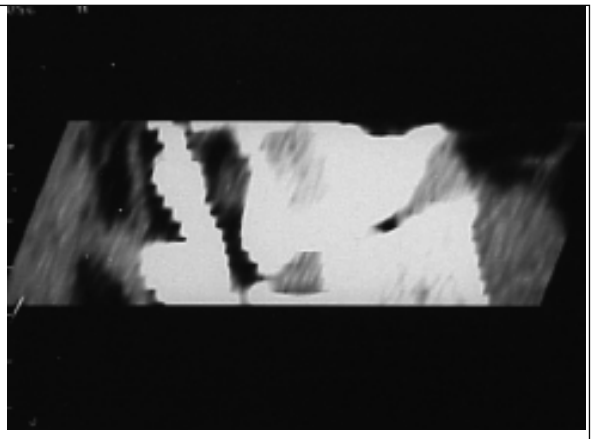


Рисунок 2. Компьютерная томография до операции – спондилолистез VL5-S1 II степени.

После операции отмечает полное исчезновение боли, а на контрольной рентгенографии позвоночника отмечается правильное расположение имплантов и частичная редукция спондило-

листеза (рис. 3).

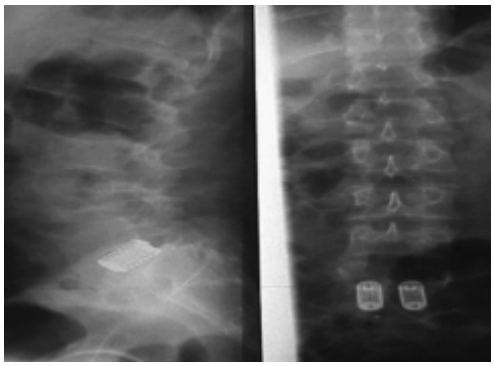


Рисунок 3. Контрольная послеоперационная рентгенограмма со спондилодезом кейджами.

Таблица 3. Результаты хирургического лечения.

Полный регресс болевого синдрома и возвращение к работе	18/45 (40%)
Значительное улучшение (периодический прием НПВС и/или обезболивающих препаратов)	15/45 (33, 3%)
Незначительное улучшение (прием НПВС и/или обезболивающих препаратов)	6/45 (13, 3%)
Отсутствие улучшения	3/45 (6, 7%)
Ухудшение (усиление корешковых болей)	3/45 (6, 7%)

Результаты и обсуждение. Полученные результаты лечения представлены в таблице 3. Полный регресс болевого синдрома и возвращение к работе отмечен у 18 (40%) больных. Значительное улучшение в состоянии, что проявлялось уменьшением интенсивности болей и периодическим приемом обезболивающих препаратов, отмечалось у 15 (33,3%) больных. О незначительном улучшении – частом приеме НПВС и/или обезболивающих препаратов говорили 6 (13,3%) больных. Отсутствие улучшения отметило 3 (6,7%) больных, и ухудшение, в виде усиления корешковых болей также было у 3 (6,7%) больных.

Обсуждение. Техника заднего межтелового спондилодеза поясничного отдела позвоночника (PLIF) делает возможной полную декомпрессию нервных образований внутри позвоночного канала, обеспечивая одновременно достаточную стабильность позвоночника. Нервные корешки освобождаются благодаря декомпрессии (ламинэктомия, фенестрация, фасетэктомия). Межтеловой имплант удерживает и сохраняет первоначальную высоту межтелового промежутка, а также нормальные анатомические соотношения между нервными и костными структурами (корешковое межпозвонковое отверстие), создавая хорошие условия для артродеза. Одновременно, в случае истинного спондилолистеза и патологической подвижности в позвоночно-двигательном сегменте кейджи стабилизируют его, устраняют его патологическую подвижность и предупреждают дальнейшее развитие заболевания [3, 5, 6, 7].

Выводы. На основе полученных нами результатов можно утверждать:

Титановый имплант является безопасным материалом (ни у кого из оперированных больных не было реакции на установленный материал).

Задняя межтеловая стабилизация позволяет раннюю активизацию больных – уже в 1 сутки после операции.

Задняя межтеловая стабилизация не ограничивает активности больных.

Предварительный анализ первоначально полученных результатов лечения у 33 (73,3%) больных получен отличный и хороший результат) требует признать технику PLIF необходимой и безопасной в лечении болевых синдромов пояснично-крестцового отдела позвоночника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крутько А.В. Применение пористого никелида титана для ламинопластики / А.В. Крутько, А.Е. Симонович, А.В. Гладков, А.А. Байкалов, С.П. Маркин, Л.В. Джулай //Эффективные технологии организации медицинской помощи населению. Российские стандарты в здравоохранении: М-лы Всерос. научн.-практ. конф., посвящ. 75-летию МЛПУ «Городская клиническая

больница № 1». – Новокузнецк, 2004. – Т. 1. – С. 325–328.
2. Перфильев С.В., Сабуренко Ю.Ф., Бабаханов Ф.Х.. К вопросу стабилизации позвонков при спондилолистезе // Мат. III съезда нейрохирургов России. СПб, 2002. - С. 271 - 272.
3. Ўсманов М.М. Изменения межпозвонкового диска при ограниченном повреждении его элементов и имплантировании различных материалов (экспериментальное исследование): Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1991. — 164 с.
4. Briggs H., Milligan PR: Chip fusion of the low back following exploration of the spinal canal. J. Bone Joint Surg [Am] 1944, 26: 125-130
5. Cloward RB: The treatment of ruptured lumbar inter vertebral disc by vertebral body fusion. 1. Indications, operative techniques and after-care. J. Neurosurg 1953, 10: 154-168.
6. Freeman BJC, Licina P, Mehdian SH: Posterior Lumbar Interbody Fusion combined with instrumented posterolateral fusion: 5-year results in 60 patients. Eur Spine J. 2000, 9: 42-46.
7. Meyerding HW: Spondylolisthesis. Surg Gynecol Obstet 1932, 54: 31-377.

УДК: [616.714-001.5:616.831-001]-07-089

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ

Абдурасулов Ф.Х, Кариев Ш.М., Усмонов Л.А.
(РНЦН)

Обследовано 117 больных с множественными травматическими внутричерепными гематомами. Клиническая картина множественных травматических внутричерепных гематом, как и других внутричерепных гематом, складывается из общемозговых, очаговых и стволовых симптомов. Характерным для них является прогрессирующие нарастание внутричерепного давления со сдавлением головного мозга и раннее присоедение стволовых симптомов. В лечение множественных травматических внутричерепных гематом декомпрессивная трепанация черепа с удалением гематом дает хорошие результаты.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, множественные травматические внутричерепные гематомы, диагностика, лечение.

КЎП СОНЛИ ТРАВМАТИК ИНТРАКРАНИАЛ ГЕМАТОМАЛАРНИНГ ТАШХИСИ ВА ДАВОСИ

Кўп сонли травматик интракраниал гематомалари бўлган 117 беморлар тахлил килиниб, касалликнинг клиник кечиши ўрганилди. Касалликнинг клиникаси бошқа тур гематомаларга ўхшаб умумий мия, учоқли ва мия устуни симптомларидан иборат, лекин кўп сонли гематомалар клининкасининг ўзига хос хусусияти интракраниал босимнинг тез ошиб, миянинг сиқилиши ва мия устуни симптомларини тез пайдо бўлиши, ҳамда декомпенсация ва терминал фазада кечиши билан ифодаланади. Касалликнинг жаррохлик давосида декомпрессив резекцияли трепанация усулида гематомаларни олиб ташлаш яхши натижа беради.

Калит сўзлар: кўп сонли травматик интракраниал гематомалари, ташхиси, давоси.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT TRAUMATIC INTRACRANIAL HAEMATOMA

117 cases of patients suffered of multiple traumatic intracranial haematomas have been studied. Clinical features consist of common brain injury symptoms plus locused focal and brainstem injury symptoms. Typical for them is a progressive increase in intracranial pressure with compression of the brain stem and join early symptoms. In the treatment of the multiplicity of traumatic intracranial hematomas decompressive craniotomy with removal of hematoma gives good results.

Key words: the craniocereberal trauma, plural traumatic intracranial hematomas, diagnostics, treatment.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из наиболее значимых в здравоохранении. Это обусловлено массовостью её распространения, наибольшей поражаемостью лиц молодого и младшего возраста, высокой летальностью и инвалидизацией пострадавших, тяжестью последствий со стойкой и временной утратой трудоспособности, чрезвычайной экономической нагрузкой для семьи, общества и государства в целом, преимущественной антропогенностью и техногенностью ЧМТ. В мире травма как причина смерти населения занимает третье место,

уступая лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям [1,2,5,7] Множественные внутричерепные гематомы характерны для тяжелой черепно-мозговой травмы и составляют 20-30% всех внутричерепных гематом. К множественным травматическим внутричерепным гематомам относят случаи одновременного образования двух или более объемных кровоизлияний, различных по отношению к оболочкам и веществу мозга или локализации. [3,6]

Множественные гематомы характеризуются тяжелым клиническим течением и трудностью диагностики. Тяжесть состояния больных затрудняет обследование и часто делает невозможной постановку правильного диагноза на основании клинической картины. Иногда оперативное вмешательство задерживается до выявления более очерченной очаговой неврологической симптоматики, или же гематома ошибочно исключается.[4]

Результаты хирургического лечения множественных гематом нельзя считать удовлетворительными. Летальность при множественных гематомах составляет 60-70%. Возрастающий удельный вес, своеобразность клинического течения, трудности ранней диагностики и высокая летальность множественных травматических гематом обуславливает актуальность изучения данного вопроса нейротравматологии. В настоящем исследовании представлен нейрохирургический аспект проблемы.

Цель исследования - улучшить результаты лечения больных с множественными травматическими внутричерепными гематомами путем определения хирургической тактики с учетом фазности клинического течения, локализации, сочетания и объема гематом.

Материалы и методы: Обследовано117 больных с множественными травматическими внутричерепными гематомами находившихся на лечении в Республиканском научном центре нейрохирургии в 2000 -2010 гг.

Возраст больных: от 14 до 72 лет. Мужчин было 100 (85,5%), а женщин - 17 (14,5%). Соотношение мужчин к женщинам составило 6:1. Средний возраст больных составил 50,1±0,4 лет. Больным проводили следующие обследования: нейроофтальмологическое, отоневрологическое, краниография черепа, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, компьютерная томография.

Результаты и обсуждение: При изучении анамнеза установлено, что во всех наблюдениях множественные гематомы образовывались при тяжелой черепно-мозговой травме.

При образовании множественных гематом имело место два механизма травмы: удар движущейся головы о неподвижный предмет – 45% наблюдений; удар движущегося предмета о неподвижную голову - 55% наблюдений.

По виду травматизма больные распределены следующим образом: бытовая травма - 70 (60,0%), дорожно-транспортные происшествия – 29 (25,0%), производственная травма – 6 (5,0%), неизвестные причины - 12 (10,0%).

Учитывая локализацию и взаиморасположенность множественных гематом, мы разделили их на две большие группы: однополушарные и двухполушарные гематомы.

В группу однополушарных гематом (рис.1) были отнесены гематомы, располагающиеся в одном полушарии, независимо от уровня расположения – 70 (60%).

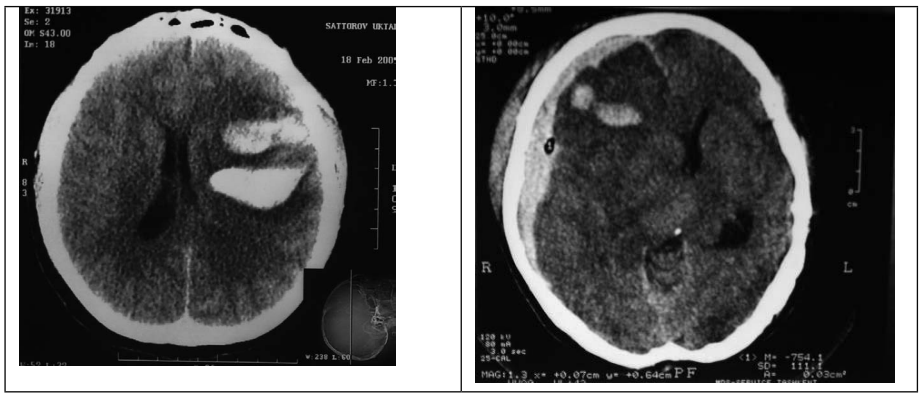


Рис.1. Однополушарные гематомы.

К двухполушарным гематомам (рис.2) были отнесены гематомы, расположенные в различных полушариях головного мозга, тоже независимо от уровня локализации - 47 наблюдений (40%)

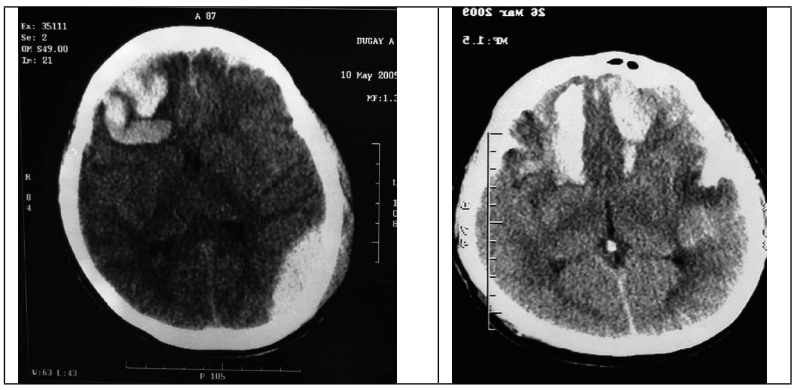


Рис.2. Двухполушарные гематомы.

У 107 (91,4%) больных наблюдались сочетания двух гематом, у 10 (8,6%) больных -сочетание трех.

Из 70 однополушарных гематом 27 - были эпи- и субдуральные, 32 -субдуральные и внутримозговые, 6 - эпидуральные и внутримозговые, а 5 -эписубдуральные и внутримозговые гематомы.

Из 47 больных с двусторонними гематомами у 12 наблюдались двусторонние субдуральные гематомы, у 11 - двусторонние эпидуральные и субдуральные, у 5 - двусторонние эпидуральные и внутримозговые, у 5 -двусторонние субдуральные и внутримозговые, у 9 - двусторонние внутримозговые и у 5 - двусторонние эписубдуральные и внутримозговые гематомы.

Массивность и множественность черепно-мозгового повреждения при множественных гематомах определяла тяжелое состояние больных при поступлении в стационар и через сутки после поступления.

Оценка тяжести состояния больного проводилась по шкале комы Глазго (табл. 2)

Таблица 2

Тяжесть состояния больных с множественными гематомами при поступлении в стационар

Уровень сознания	По шкале Глазго, балл	Гематомы		
		Однополушарные N=70	Двухполушарные N=47	Всего N=117
Сопор-кома 1	8-10	45(64,3%)	23(48,9%)	68(58,1%)
Кома 2	7-8	20(28,6%)	21(44,7%)	41(35%)
Кома 3	6 и ниже	5(7,1%)	3(6,4%)	8(6,8%)
Всего		70(100%)	47(100%)	117(100%)

Из таблицы видно, что все больные поступали в стационар в состоянии сопора или комы. Фаза умеренной клинической декомпенсации характеризовалась резко выраженными симптомами повышения внутричерепного давления, очагового поражения головного мозга и умеренно выраженными вторично-дислокационными симптомами. Уровень нарушения сознания был от сопора до комы I, что наблюдалось у 45 (64,%) больных в первой группе и 23 (48,9%) больных второй группы Фаза грубой клинической декомпенсации характеризовалась выраженными вторично-дислокационными симптомами и нарушением витальных функций. В этой фазе общее состояние больного было тяжелым, с четко выраженным стволовым синдромом. Уровень сознания - кома I или кома II. Наступившее после травмы коматозное состояние больного держалось до оперативного вмешательства, очаговая неврологическая симптоматика не претерпевала какой-либо ремиссии. У этих больных с момента поступления в стационар преобладали симптомы поражения стволовых образований головного мозга, доминируя в клинической картине заболевания и стушевывая очаговую неврологическую симптоматику. Этот вариант наблюдался у 41 (35%) больных, из них у 20 (28,6%) больных первой группы и у 21 (44,7%) больных - второй группы. Таким образом, грубая декомпенсированная фаза наблюдалась почти в два раза больше во второй группе и протекала более тяжелее (Табл.3).Терминальная фаза - запредельная кома с критическим нарушением жизненно важных функций - характеризовалась атонией, арефлексией и грубым нарушением витальных функций и отсутствием очаговой симптоматики наблюдалась у 8 (6,8%) больных, из них у 5 (7,1%) - первой группы и у 3 (6,4%) паци-

ентов второй группы. Все больные погибли спустя несколько часов после травмы, из них 2 - без операции, 6 - после операции дренирования гематомы.

Таблица 3

Фазы клинического течения множественных гематом у обследованных больных

Фазы клинического течения	Гематомы		
	Одно-полушарные N=70	Двух-полушарные N=47	Всего N= 117
Фаза умеренной декомпенсации	45(64,3%)	23(49,8%)	68(58,1%)
Фаза грубой декомпенсации	20(28,6%)	21(44,7%)	41(35%)
Фаза терминальной стадии	5(7,1%)	3(6,4%)	8(6,8%)
Всего	70(100%)	47(100%)	117(100%)

Клиническая картина множественных травматических внутричерепных гематом, как и других внутричерепных гематом, складывается из общемозговых, очаговых и стволовых симптомов. Характерным для них являлось прогрессирующее нарастание внутричерепного давления со сдавлением головного мозга и раннее присоединение стволовых симптомов.

Сочетание нескольких очагов кровоизлияния на фоне ушиба головного мозга тяжелой степени обуславливает своеобразие клинического течения заболевания, определяемое локализацией гематом, очагов ушиба и их взаиморасположением.

Прогрессирующее нарастание тяжести состояния больных и выраженности неврологической симптоматики свидетельствует о ведущем значении в клинической картине заболевания увеличивающегося в своем объеме очагового кровоизлияния. Частота общемозговых симптомов представлена в таблице 4.

Таблица4

Частота встречаемости общемозговых симптомов

Симптомы	Однополушарные гематомы		Двухполушарные гематомы		Всего
	1 группа (n=70)		2 группа (n=47)		
	Абс	%	Абс	%	
Общемозговые симптомы	70	100,0	47	100,0	
Генерализованные судороги	8		2		10
Рвота	15		8		23
Менингеальные симптомы	19		6		26
Брадикардия	21		9		32
Тахикардия	37		11		51
Анизокория	34		6		40
Пирамидная недостаточность	38		12		60
Патологические симптомы	38		12		60
Локальные судороги	15		6		21

Наличие головной боли и тошноты у больных, находящихся в тяжелом сопорозном и коматозном состоянии, как правило, не определялись. Генерализованные судороги наблюдались у 10 (8,5%) больных. Рвота при поступлении наблюдалась у 23 (19,7%) больных. Следует отметить, что в коматозном состоянии рвота может отсутствовать, в связи с угнетением механизмов рвотного акта. Важное диагностическое значение имело изменение частоты пульса. Брадикардия отмечалась у 32 (27,3%) больных, однако в 12 наблюдение период ее был непродолжительным и сменялся тахикардией с уменьшением наполнения, напряжения пульса и появлением аритмии. Последняя являлась прогностический неблагоприятным симптомом. Методика и техника оперативного вмешательства при множественных травматических внутричерепных гематомах в значительной степени определяется тяжестью состояние больного, срочностью проведения операции, локализацией и взаиморасположением гематом. В связи с тем, что подавляющее большинство больных с множественными внутричерепными гематомами при поступлении находятся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, оперативное вмешательство производилось наименее травмирующим путем. При выработке оперативного доступа основными критериями являются тяжесть состояния больных и неврологическая симптоматика, дополненная дан-

ными вспомогательных методов исследования, вид множественных гематом. В нашей работе методы удаления множественных гематом также подразделены на 2 группы:

1. Резекционная трепанация черепа с удалением гематом – 95 (82,6%) больных.

2. Наложение фрезевых отверстий с последующим дренирование гематом - 20 (17,4%) больных.Оперативный доступ при множественных травматических внутричерепных гематом в значительной степени определяются тяжестью состояния больного, локализацией и взаиморасположением гематом, наличием сдавления и дислокации мозга. При выработке оперативного доступа основными критериями являются тяжесть состояния больных и неврологическая симптоматика, данные дополнительных методов исследования особенно КТ – головного мозга, ЭХО -ЭГ , вид множественных гематом.

Для выработки более четких показаний к методике удаления гематом мы использовали концепцию фазности клинического течения в сочетании с клиникой и данными диагностических методов исследования. Показания к декомпрессивной трепанации.Пребывание пострадавшего в фазе клинической декомпенсации.

Уровень сознания в пределах сопора или комы (по шкале глубины комы Глазго ниже 8 баллов).Выраженные клинические признаки дислокации ствола головного мозга.

Объём гематомы по данным КТ или МРТ больше 30 см^3 при височном расположении и большем 50 см^3 при локализации в других долях.Дислокация срединных структур головного мозга более 5 мм (по данным КТ, МРТ или ЭхоЭС).Показания для расширенного фрезевого отверстия.

Пребывание пострадавшего в фазе субкомпенсации или умеренной клинической декомпенсации.Уровень сознания не ниже сопора (9 баллов по шкале глубины комы Глазго).Не выраженные клинические признаки дислокации ствола головного мозга.

Объём гематомы по данным КТ или МРТ менее 30 см^3 при височном расположении и менее 50 см^3 при локализации в других долях.Дислокация срединных структур не более 5 мм по данным КТ, МРТ или ЭхоЭС.

Показания для консервативного лечения.Пребывание пострадавшего в фазе клинической субкомпенсации .

Уровень сознания в пределах умеренного или глубокого оглушения (по шкале глубины комы Глазго не ниже 10 баллов).

Отсутствие клинических признаков дислокации ствола. Объём гематомы по данным КТ или МРТ менее 30 см^3 для височной доли и менее 50 см^3 для лобной локализации. Дислокация срединных структур головного мозга не более 5 мм. по данным КТ, МРТ или ЭхоЭС.

При однополушарных все гематомы удалены из одного доступа (рис.3,4) При двуполушарных гематомах тактика хирургического лечения зависела от данных КТ головного мозга. Широкая декомпрессивная трепанация черепа у больных с тяжелым ушибом головного мозга, сопровождающимся острыми множественными гематомами, в ряде случаев позволила сохранить жизнь пострадавших. При двусторонних сдавление головного мозга необходимо стремиться одновременно удалять обе гематомы, так как оперативное вмешательство на одной стороне при нераспознанной второй гематоме на противоположной стороне представляет реальную жизненную опасность в результате острой дислокации и вклинения в противоположную сторону. (рис.5,6).

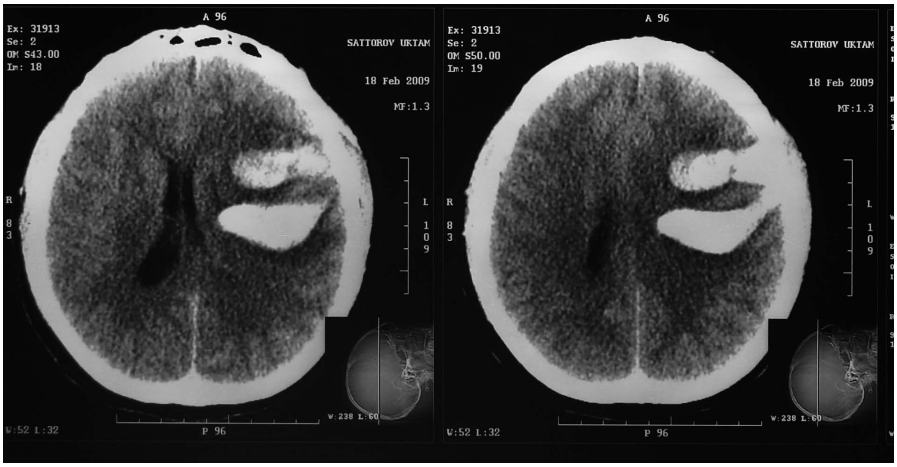


Рис.3. КТ до операции: определяются внутримозговые и субдуральная гематомы, правый боковой желудочек сдавлен, деформирован.

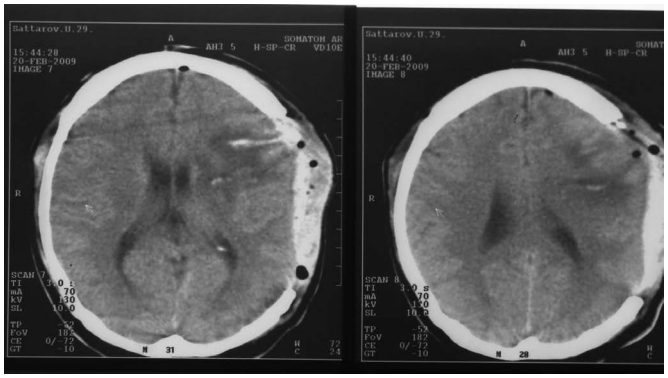


Рис. 4. КТ снимки после резекционной трепанации черепа с удалением субдуральной и внутримозговой гематом, боковой желудочек с расправлением.

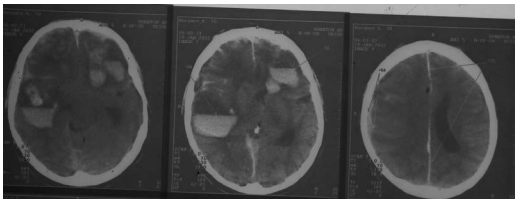


Рис.5. КТ до операции: двусторонняя субдуральная и внутримозговая гематомы

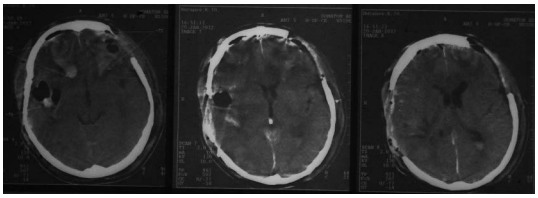


Рис. 6. КТ после операции резекционной трепанации черепа с двух сторон с удалением субдуральной внутримозговой гематомы.

Из 117 больных прооперированы 105 (89,7%). Учитывая реоперации и двусторонние операции, всего было произведено 135 операций, 15 больным произведено консервативное лечение. Из 105 оперированных больных с острыми множественными гематомами 67 (63,8%) больных выписаны из стационара, 38 умерли, послеоперационная летальность составила 36,2% - сочетание двух и более гематом в несколько раз увеличило показатели смертности и послеоперационной летальности. Основными причинами смертности при острых множественных гематомах явилось: повреждение мозга, несовместимое с жизнью, тяжелые ушибы-размозжения, неудаленные или частично удаленные гематомы, вторично-стволовые нарушения.

Выводы:

1. Встречаемость множественных травматических гематом составляет 20- 30 % среди всех травматических больных. Среди пострадавших преобладает мужчины- 85% случаев из общего число пострадавших. Среди возрастных групп 71,8% составляют лица 20-59 лет.

2. Клиническое течение множественных травматических внутричерепных гематом характеризуются фазностью течения: фаза умеренной декомпенсации, фаза грубой декомпенсации и терминальной фазой. Скудность клинической картины, чаще всего 40% случаев сопровождаются стволовой симптоматикой. Среди больных с множественными травматическими внутричерепными гематомами в 60% встречаются однополушарные гематомы, в 40% двухполушарные гематомы.3. Выбор метода хирургического лечения зависит от фазности клинического течения, локализации, объема, сочетании гематом. Показаниями к консервативному лечению являются поступление больных стационар в фазе клинической субкомпенсации с уровнем сознания не ниже 10 баллов по шкале Глазго, отсутствие клинических признаков дислокации ствола, наличие гематом височной локализации объёмами менее 30 см^3 и лобной локализации менее 40 см^3 и смещение срединных структур головного мозга не более 3-4 мм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кариев М.Х. Современная классификация черепно-мозговой травмы. //Актуал. вопр. нейрохир., новые технологии: Тез. докл. – Ургенч.- 1999. - С.3-11.

2. Кариев М.Х., Алланиязов Д. Анализ результатов лечения больных с острой черепно-мозговой травмой. //Вест. Каракалпакского отд. Акад. Наук Республики Узбекистан. - 1998.- №2-3. - С.23-27.

3. Кариев М.Х., Мирзабаев М.Ж. Наш опыт организации неотложной консультативной помощи. // Науч.-практ. конф., посвящ. 25-летию нейрохир. службы Южно-Казах. области : Тез. докл.- Чимкент.- 1997.- С.8-10.
4. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Доброхотова Т.А. и др. Классификация черепно-мозговой травмы / Сб. науч. Тр. НИИ нейрохир. Им. Акад. Н.Н.Бурденко.- М.- 1992. – С.28-49.
5. Лихтерман Л. Б. Фазность клинического течения черепно-мозговой травмы //Нейротравматология. Справочник /Под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. –М/ -1994. -416 с.
6. Lin CH, Hung GY, Chang CY, Chien JC. Subdural hemorrage in a child with acute promyelocytic leukemia presenting as subtle headache. J Chin Med Assoc. 2005 Sep; 68(9): 437-40.
7. Sato M, Nakano M, Sasanuma J, Asari J, Watanabe K. Rapid resolution of traumatic acute subdural haematoma in the elderly. Br. J. Neurosurg. 2005 Feb; 19(1):58-61

УДК: 616.83-001-07

ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ТРАВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Сойибов И.Э., Мирзабаев М.Д.
(РНЦН)

Согласно классификации черепно-мозговой травмы по международной классификации болезней к травматическим очаговым повреждениям головного мозга относятся: очаги ушиба головного мозга различной степени тяжести, внутримозговые гематомы и внутрижелудочковые кровоизлияния. В данной статье проведено исследование клинического течения очаговых травм головного мозга у больных пожилого и старческого возраста,также проанализированы исходы черепно-мозговой травмы по шкале исходов Глазго.

Ключевые слова:Гериатрическая травма, черепно-мозговая травма, очаговые травмы.

ЁШИ УЛУҒ БЕМОРЛАРДА БОШ МИЯ ЎЧОҚЛИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА КЛИНИК КЕЧИШИ

Турмуш шароитининг яхшиланиши, иқтисодий кўрсаткичларнинг ошиши, тиббиётнинг жадал ривожланиши одамларнинг ўртача умр кўриш кўрсаткичини кўтарилишига олиб келаяпти. Бу эса ер шари аҳолисининг қаришига тақозо этади. Бош мия жароҳатларининг таснифига кўра бош миянинг ўчоқли жароҳатланишига қуйидагилар мансуб: турли даражадаги ўчоқли лат ейиши, мия ичи гематомалари ва қоринчаларга травматик қон куйилиш. Қуйидаги мақолада ёши улуғ беморларда бош мия ўчоқли жароҳатланиши клиник кечишининг ўзига хослигини тахлил қилдинди, ҳамда жароҳатнинг оқибатларини Глазго шкаласи бўйича ўрганиб чиқилди.

Калит сўзлар: гериатрик жароҳат, бош мия жароҳатлари, ўчоқли жароҳатлар.

DIAGNOSIS AND CLINICAL COURSE OF FOCAL INJURIES OF A BRAIN AT ELDERLY PATIENTS

It is widely known that the earth population continues to grow old at global level. According to classification of a craniocereberal trauma by the international classification of diseases, traumatic focal injuries of a brain: hemorrhagic focal brain trauma of varying severity, intracerebral hematomas and intra ventricular hemorrhages. In this article we investigated the clinical course of focal injuries of a brain at elderly patients. Also analysed outcomes of a craniocereberal trauma by a scale of outcomes of Glasgow.

Key words: Geriatric trauma, craniocereberal trauma, focal brain injuries.

Введение. По данным ВОЗ, травматические повреждения головного мозга занимают одно из ведущих мест по смертности населения. Черепно-мозговые травмы составляют 30 - 50 % всех травматических повреждений и являются проблемой не только медицинской, но и социальной (большая частота повреждений, высокая смертность, высокая инвалидность) [1,2,3,5,6,9,12]. Смертность при черепно-мозговых травмах, особенно тяжелой степени, остается высокой и по данным литературы составляет, 40-90% [1,5,6,9,11,12]. В последнее время отмечается существенное увеличение населения пожилого и старческого возраста на глобальном уровне. Несмотря на превалирующую частоту встречаемости ЧМТ у лиц молодого и средних возрастных групп, активность более взрослого контингента увеличивается, соответственно растет частота встречаемости ЧМТ в пожилом и старческом возрасте [3,5,6,7,9,10]. В настоящее время оно составляет

приблизительно 15 % населения развитых стран. К 2030 году количество людей со столетним возрастом будет достигнуто 1000000человек. В Индии 6,63 % общей численности населения составляют люди в возрасте выше 60 лет.Восстановление здоровья пожилых больных с травмой центральной нервной системы является более существенной проблемой, чем больные средних возрастных групп. Воздействие травмы головы непропорционально тяжело протекает в организме пожилого и старческого возраста и больше больных требует госпитализации [1,3,5,6,8,12].

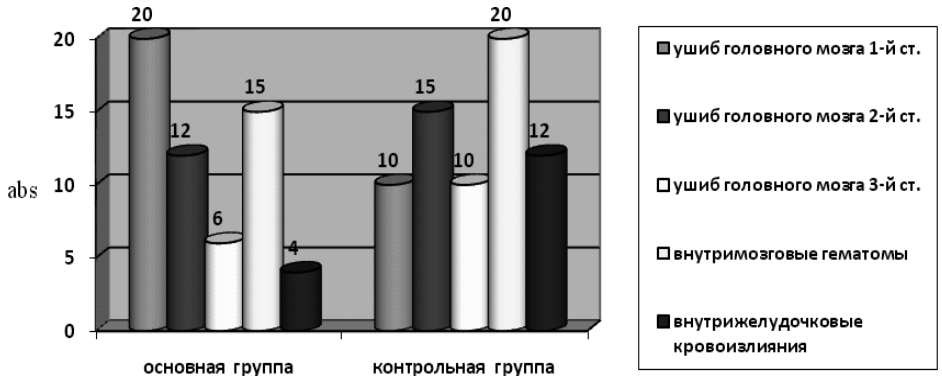
Цель исследования:Изучение особенностей клинического течения и диагностики больных с очаговыми травмами головного мозга пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: Проведено исследование 124 больныхс очаговыми повреждениями головного мозга в возрасте от 18 до 82 лет, госпитализированных в Республиканский научный центр нейрохирургии с 2008 по 2012гг.. С учетом классификации ВОЗ все больные разделены на 2 группы по возрасту: 1-группа (основная) – 57(45,9%) больных в возрасте от 60 до 82 лет. 2-группа (контрольная) – 67(54,1%) больных в возрасте от 18 до 59 лет. Женщин было 41 (33,1%) и мужчин - 83 (66,9%).Для исключения влияния взаимного отягощения были отобраны больные только с внутримозговыми повреждениями.

Всем больным проведены клинико-неврологические,нейроофтальмологические, нейрофизиологические и КТ(МРТ) методы обследований. Нами проведена транскраниальная допплерография – 124(100%) больным на аппарате Logidop-4 фирмы “Krausbühler” (Германия).Состояние больных при поступлении и в динамике оценено по шкале комы Глазго (ШКГ)

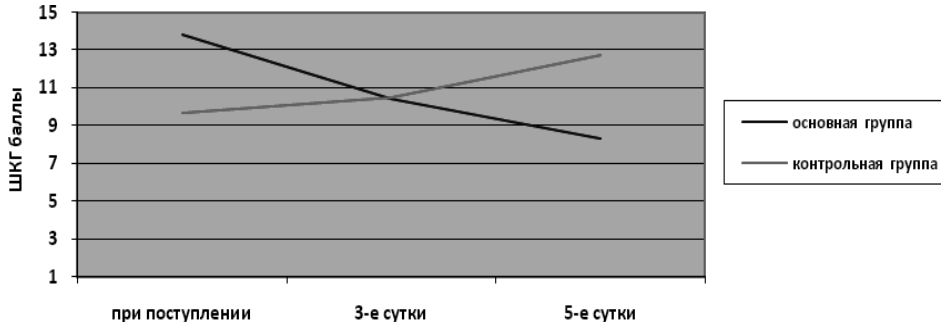
Результаты и обсуждения. При сравнительном анализе по видам очаговых повреждений между контрольной и основной группой, у основной группе больных чаще имеются ушибы I-й степени без кровоизлияния в мозговую ткань – 20(31,1%), когда как в контрольной группе больных чаще 20(30%) наличие внутримозговых гематом.Вышеуказанные можно объяснить тем, что с возрастом отмечается уменьшение содержания воды, увеличение плотности мозга, снижение гидрофильности тканей и проницаемости сосудистой стенки, которые определяет толерантность к кровоизлиянию при повреждении мозгового вещества.Только у 4(7%) больных отмечено внутрижелудочковоекровоизлияние, которое объясняется,что с возрастом отмечается увеличение объема желудочков и склерозом сосудистого сплетения. Показатели травматических повреждений отражены в диаграмме 1.

Диаграмма 1. Показатели видов травматических очаговых повреждений.



Состояние больных при поступлении оценено по шкале комы Глазго (ШКГ). Также изучалась динамика нарушения сознания в 3 и 5 сутки со дня получения травмы (Диаг.2. показатели ШКГ приведены в среднем величине по группам больных).

Диаграмма 2.

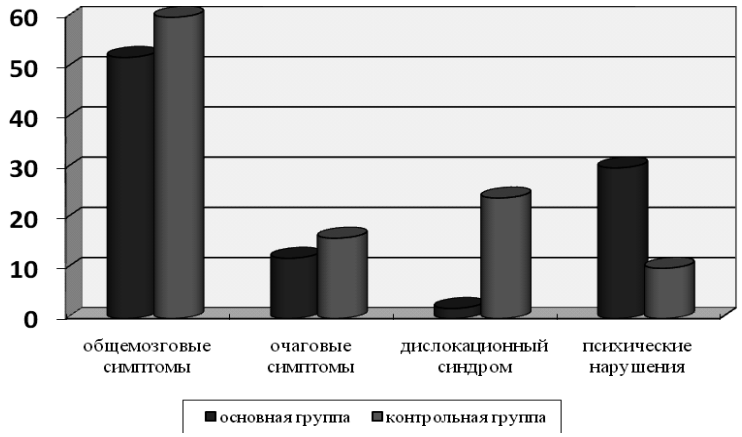


Основная часть 52(91,2%) больных пожилого и старческого возраста поступали в ясном сознании, только у 5(8,7%) больных имело место нарушение сознание в виде оглушения. Средний

уровень сознания у всех больных контрольной группыпри поступлении по шкале ШКГ составила 10,2 балла, в последующем после проведения лечебных мероприятий сознания основной части больных прояснялась до умеренного оглушения,а у49(85,9%) больных основной группы больных на 3-4 сутки после госпитализации отмечено было ухудшение состояния и углубление сознания до комы 1 степени.

При неврологическом обследованиибыло выявлено наличия общемозговых, очаговых, дислокационных и психических нарушений у пациентов.

Диаграмма 3. Распределение больных по встречаемости неврологических симптомов



При неврологическом обследовании общемозговые симптомы были определеныв виде головных болей, тошнот, рвот, головокружения у 112 больных и не отмечена разница по количеству выявления у обеих групп. Остальные больные поступали в состоянии алкогольного опьянения и соответственно жалобы активно не предъявляли. У 30(52,6%) больных основной группы выявлены психические нарушения в виде амнестической спутанности, спутанность с психомоторным возбуждением, спутанность с речевыми нарушениями. Тогда как, только у 10(14,9%) больных среднего возраста наблюдается те или признаки психических нарушений. Очаговые симптомы - пирамидная недостаточность, речевые нарушения, подкорковый синдром, координаторные нарушения выявлены у 12(21%) и 16(23,9%) больных основной и контрольной группы соответственно. Дислокационные симптомы - анизокория с контралатеральной гемисимптоматикой, парез взора вверх диагностирована только у 2(3,5%) больных пожилого и старческого возраста, которые поступали в стационар в тяжелом коматозном состоянии. Анализ симптомов выявил редкую встречаемость дислокационных симптомов у данного контингента больных по сравнению с общемозговыми и психическими нарушениями. (Диаг.3)

Результаты наших ТКДГисследований показывают, что выраженные различия по данным периферического сопротивления, в периодах 1, 2, 3 сутки, между группами не отмечались. Хотя и в контрольной группе PI был выше нормы, что связано с исходными атеросклеротическими изменениями сосудов головного мозга у лиц пожилого и старческого возраста.

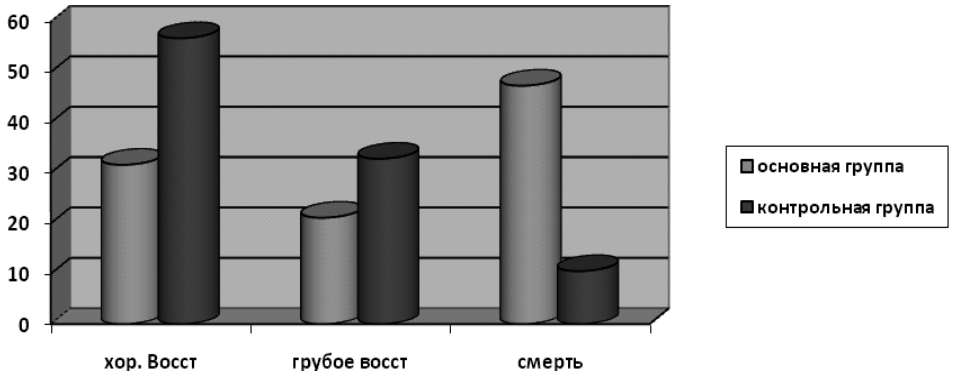
У больных пожилого и старческого возраста с очаговыми травмами средней степени тяжести наблюдалась гиперемия мозга на первые сутки после травмы, о чем свидетельствовало увеличение линейной скорости кровотокакак в средней мозговой артерии, так и по внутренней сонной артерии (полушарный индекс ниже трех), которая на 5-7-сутки сменилась спазмом мозговых сосудов (полушарный индекс выше трех). Все это сопровождалось с увеличением периферического сопротивления в обоих полушариях, а также некоторым увеличением вазодилатационного резерва, который также указывал на вазогенный характер сопротивления.

В отличии от контрольной, у больных основной группы к 3-4 суткам наблюдалось снижение линейной скорости кровотока, как в средней мозговой артерии, так и повнутренней сонной артерии. В динамике она имела тенденцию к еще большему снижению. Периферическое сопротивление в этой группе в обоих полушариях было значительно выше по сравнению с контрольной группой. В динамике оно увеличивалось еще больше, и даже на 6-7сутки было выше не только по отношении к норме, но и к исходным данным. Если в контрольной группе во время спазма мозговых сосудов наблюдалось некоторое увеличение вазодилатационного резерва, то в основной группе оно на всем протяжении исследования был достоверно ниже нормы. Здесь необходимо отметить, что в контрольной группе внутричерепное давление было значительно выше по сравнению с основной группой. Выраженные изменения мозгового кровообращения (МК) у больных основной группы при относительно низких показателях ВЧГ указывало на сосудистый генез нарушения МК, что было связано исходно атеросклеротическими изменениями в головном мозге.

Исходя из вышеуказанных данных, основные направления консервативной терапии больных с очаговыми травмами головного мозга у лиц пожилого и старческого возраста должны включать следующее: 1) улучшение микроциркуляции, 2) повышение антиоксидантной активности крови, 3) стимуляция развития коллатералей. Улучшить микроциркуляцию достигается путем снижения агрегации эритроцитов и тромбоцитов, повышением пластических свойств эритроцитов, лейкоцитов, снижением адгезии эритроцитов и тромбоцитов к сосудистой стенке, снижением гематокрита и вязкости крови. Важным является подавление гиперпродукции нейтрофилов и тромбоцитов, повреждающих эндотелий и способствующих тромбообразованию, ингибирование деятельности свободных радикалов и необходимость повышения антиоксидантной активности крови.

Для достижения этой цели рекомендуется проведение адекватную консервативную терапию с применением новых эффективных фармакологических средств, обладающих многокомпонентным действиемсорбилакт («ЮРИЯ–ФАРМ»), которое было широко использовано в нашей клинической практике. Фармакологическое свойство этого препарата обусловленоего составляющим: сорбитол – многоатомный спирт в гипертонической концентрации оказывает выраженное осмотическое действие, уменьшая гидратацию интерстиция и внутриклеточных секторов, стимулирует диурез, обладает дезагрегантным действием. Утилизация сорбитола обеспечивается превращением 80% вещества во фруктозу, повышая энергетические резервы в виде гликогена, сорбит способствует коррекции гипергликемии. Указанные эффекты корригируют клеточный энергодефицит, потенцируют репаративные процессы. Раствор лактата натрия способствует увеличению буферной емкости крови, при этом происходит нейтрализация кислых продуктов и их выведение через почки и легкие, тем самым устраняя метаболический ацидоз. В сравнение с другими реопротекторами действие Сорбилакта не сопровождается повышением уровня амилазы крови, что актуально в лечебно-диагностическом плане. Немаловажным является и стимулируюший эффект перистальтики кишечника данного препарата, при лечении гипостатических запоров, которое часто сопровождает основное заболевание данного контингента больных.

Диаграмма 3.



Смертность больных с очаговыми повреждениями головного мозга в основной и контрольной группе составила 47,3% и 10,5% соответственно. Было отмечено повышение роста смертности с возрастом: самая высокая смертность наблюдалась у больных в возрасте более 70 лет (51,2%). Смертность у больных в возрастной группе 66-70 лет составляла 46,6%, тогда как у больных в возрасте 60-65 лет составила 45,9% (Диаг. 3).

Заключение. Травматические очаговые повреждения головного мозга относится к тяжелым травмам центральной системы у лиц пожилого и старческого возраста. Этому способствует не только травмирующий фактор и его воздействие на мозговую ткань, но и вторичные нарушения мозгового кровообращения вокруг патологического очага, вследствие первичного атеросклеротического поражения сосудов головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Callaway DW, Wolfe R. Geriatic trauma. Emer Med Clin N Amer 2007; 25:857-60.
2. Maurice-Williams RS. Editorial: Head Injuries in elderly. Br J Neurosurg 1999; 13:5-8.
3. Jamjoom D, Nelson R, Stranjalis G, Wood S, Chissell H, Kane N, Cummins B. Outcome following surgical evacuation of traumatic intracranial haematomas as in the elderly. Br J Neurosurg 1992; 6:27-32.
4. Oreskovich MR, Howard JD, Copass MK, Carrico CJ. Geriatric trauma, injury pattern and outcome. J. Trauma 2007 ; 24: 565-72.
5. Thompson HJ, McCormick WC, Kejan SH. Traumatic brain injury in older adults: epidemiol-

ogy, outcome and future implications. J Am Ger Soc 2006 ; 54: 159-45.
6. Zwimpfer TJ, Moulton RJ. Neurologic trauma concerns. Crit Care Clin 1993; 9: 727-39.
7. Management and prognosis of severe traumatic brain injury / R. Bullock, R. Chestnut, J. Ghajar [et al.] // J. Neurotrauma. — 2000. — V.17. — P.449–554.
8. Мирзабаев М.Д. /Диагностика и тактика лечения тяжелой черепно-мозговой травмы в аспекте динамики внутричерепной гипертензии: Дисс. д-а медицинских наук.// Республиканский научный центр нейрохирирургии. 2005г. с.56-57.
9. Лебедев В.В. / Лебедев Н.В. – Неотложная хирургия черепно-мозговой травмы [2008), с. 333-335.
10. Ромоданов А.П. / Мосийчук Н.М. - Нейрохирургия [1990,), с. 34-44, 142-156.
11. Современные рекомендации по диагностике и лечению тяжелой черепно-мозговой травмы / А.А. Потапов, В.В. Крылов, Л.Б. Лихтерман [и др.] // Вопр. нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. — 2006. — №1. — с.3–8.
12. Черепно-мозкова травма: сучасніпринципиневідкладноїдопомоги: навчал. метод. посібник / Є.Ã. Педаченко, І.П. Шлапак, А.П. Ãук, М.М. Пилипенко. — К.: ВАРТА, 2007. — 310 с.6.

УДК: 612.028;-610-463

РОЛЬ НАУЧНОГО СТУДЕНЧЕСКОГО КРУЖКА В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ КУРСА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Ильхамов Ф.А., Агзамова М.Н., Абдумажидов А.Ш., Тухтамурадов З.З.
(ТашПМИ)

Проведен сравнительный анализ уровня подготовки по общей хирургии, посещавших студенческий научный кружок (НСК) и студентов, которые кружок не посещали. Разносторонняя деятельность студентов в научном кружке развивает их творческую активность, расширяет кругозор, вырабатывает навыки работы в медицинском коллективе, способствует выбору специальности, что вызывает заинтересованность в изучении общей хирургии, и повышает уровень теоретической и практической подготовки. Это свидетельствует о необходимости более широкого использования данной формы работы в изучении курса общей хирургии.

Ключевые слова: подготовка студентов, научные кружки.

УМУМИЙ ХИРУРГИЯ ФАНИНИ ЎЗЛАШТИРИШНИ ОШИРИШДА ТАЛАБАЛАР ИЛМИЙ ЖАМИЯТИНИ АҲАМИЯТИ

Умумий хирургия фанидан талабалар илмий жамиятига (ТИЖ) аъзо ва унга иштирок этмайдиган талабаларни тайергарлик даражасини аниқлаш учун таққослаш тахлили ўтказилди. Ҳар томонлама фаолият ТИЖдаги талабаларда ижодий фаолликни ривожлантиради, дунё қарашини кенгайтиради, тиббий жамоада ишлаш учун керакли кўникмаларни ўзлаштиради, шу соҳани танлашда кўмак беради, умумий хирургияни ўрганишда қизиқувчанлик пайдо бўлади ва нихоят, назарий ҳамда амалий тайёргарлик даражасини кўтаради. Бу эса умумий хирургия курсини ўрганишда ушбу иш шаклини кенг қўллашга ундайди.

Калит сўзлар: студентларни тайёрлаш, илмий тугараклар.

THE ROLE OF SCIENTIFIC STUDENT COMMUNITY TO IMPROVE THE EFFICIENCY COURSE GENERAL SURGERY

A comparative analysis of the level of training in general surgery attending of student scientific circle (NSC) and students who did not attend the circle . Sided activities of students in the scientific circle develops their creativity , broaden their horizons and develops skills in the medical team, contributes to the choice of a specialty that is interested in the study of general surgery , and increases the level of theoretical and practical training . This indicates the need for greater use of this form of work in the study of the course in general surgery.

Keywords: training of students, academic community.

Большинство образовательных учреждений, полагают, что обучать лучше активными проблемными методиками, которому способствуют появившиеся за последние годы современные педагогические технологии, позволяющие эффективнее направить мышление будущего врача, повысить интерес и активность творческой самостоятельности студентов при усвоении знаний, умений и особенно навыков.

Вопросам эффективности обучения и объективной оценки знаний и умений студентов в медицинских ВУЗах придают огромное и первостепенное значение, как и во всех странах с высоким уровнем развития медицины. Эти вопросы находятся в центре внимания и в нашей республике. В последние годы у нас также начались использоваться различные новые учебные технологии для достижения данной цели. У нас на кафедре на практических занятиях широко используются так называемые деловые игры. При этом, действительно, в учебном процессе появилось заметное оживление, занятия стали более интересными и не скучными, появилось доброе соперничество среди студентов, активизировались мыслительные процессы при усвоении материала. Студенты более ответственно стали относиться к предмету. Особое место в изучении предмета принадлежит роль научному кружку. Нами проведен сравнительный анализ уровня теоретической и практической подготовки по общей хирургии у 43 студентов, посещавших студенческий научный кружок (НСК) и 50 обычных студентов, которые кружок не посещали (контрольная группа), обучавшихся на III курсе у 6 преподователей. В сравниваемых группах успеваемость студентов к началу учебного года была примерно одинаковой. В НСК студентам предлагали выступать с ивными сообщениями и докладами по общей хирургии. При выборе темы докладов и сообщений учитывали единство научной и учебной деятельности кафедры каждого преподавателя как научного руководителя. С целью оказания помощи студентам и направленного руководства подготовкой докладов и сообщений преподаватели проводили собеседования, давали рекомендации по поиску литературных источников, проверяли и анализировали текст и иллюстрации. Особый интерес у студентов-кружковцев вызывают доклады и сообшения, которые сопровождаются демонстрацией больных, кинофильмов устройств и приспособлений для диагностика и лечения заболеваний. По мере приобретения опыта выступлений перед аудиторией, работы с литературой, расширения кругозора активность студентов на заседаниях НСК и практических занятиях повышается: они задают интересные вопросы, вступают в дискуссии, дополняют доклады и ответы.Особенно ярко проявляется самостоятельная творческая деятельность студентов кружковцев при изготовлении стендов и таблиц для большей информативности докладов и сообщений. Преподаватели активно способствуют и поощряют данный вид работы студентов-кружковцев. Ежегодно кружковцы изготовляют 2—3 стенда и 3—6 таблиц, которые в дальнейшем используются в учебном процессе, а также в практической деятельности клиники.Как правило, студенты-кружковцы занимаются научно-исследовательской работой вместе с преподавателями и подготавливают 8-10 докладов на итоговую научную конференцию студентов нашего института. Стенды и таблицы, изготовленные кружковцами вывешиваются на кафедре на видном месте или в учебных комнатах с тем, чтобы они были доступны для осмотра всем студентам. Знания, полученные в кружке студенты применяют во время клинического обследования больных и демонстрации их на заседаниях кружка, а также во время дежурств по неотложной хирургии. Располагая базой отделения неотложной хирургии на 40 коек, мы постоянно привлекаем студентов-кружковцев к дежурствам по неотложной хирургии вначале с преподавателем, а затем закрепляем по 3-4 студента за каждой бригадой хирургов. За 10 лет на дежурствах по неотложной хирургии участвовало свыше трех тысяча студентов. Дежурства способствовали быстрой адаптации студента кружковцев в медицинском коллективе, знакомству с условиями работы медицинского персонала, принципами организации оказания неотложной хирургической помощи, выработке этических и деонтологических навыков обращения с больными. Кроме того, дежурства по неотложной хирургии значительно расширили знания студентов по клинической хирургии, дали возможность овладеть большим объемом практических навыков.Студенты-кружковцы с интересом участвуют в обследовании и лечении больных, обучаются правилам установления клинического диагноза, знакомятся с различными врачебными манипуляциями, диагностическими и лечебными приемами, медицинской аппаратурой. В последующем, курируя больных, они имеют возможность увидеть результаты работы врачей и своей, проникаются уважением к профессии хирурга. В результате большинство студентов-кружковцев становятся, в последующем хирургами различного профиля.Для развития инициативы во время дежурств по неотложной хирургии привлекаем студентов-кружковцев к участию в операциях. Ассистируя на операциях, они овладевают методами обработки рук хирурга, операционного поля, навыками асептики и антисептики, хирургической деятельности (временной остановки кровотечения с помощью зажимов, завязывания лигатур, методами коагуляции кровоточащих сосудов, наложения швов, сопоставления краев раны, фиксации дренажей).Приобретенные навыки по общей хирургии значительно выделяют кружковцев среди остальных студентов на практических занятиях по уходу за больными, при работе в перевязочных и операционных, особенно при проведении кўрации больных и написании первой истории болезни хирургического больного. Истории болезни, написанные студентами-кружковцами, отличаются более полным изложением материала, широким использованием медицинских терминов и наглядностью иллюстраций. За этот вид работы отличные оценки получили 29,3% студентов-кружковцев, хорошие — 62,5%, удовлетворительные — 8,2%; в контрольной группе,

соответственно, 17,4%, 39,1%, 40,5%, 3,0% студентов получили неудовлетворительные оценки. По результатам экзаменационной сессии отличные оценки получили 34% студентов-кружковцев, хорошие — 48%, удовлетворительные — 18%; в контрольной группе, соответственно, 24,0%, 39%, 35,0%, неудовлетворительных ответов было 2%.Таким образом, разносторонняя деятельность студентов в научном кружке развивает их творческую активность, расширяет кругозор, вырабатывает навыки работы в медицинском коллективе, способствует выбору специальности, что вызывает заинтересованность в изучении общей хирургии и в конечном итоге повышает уровень теоретической и практической подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Обучение студентов по новым методам и технологиям. М.Н.Агзамова, А.Ш. Абдумажидов. «Илмий – педагогик ишларнинг долзарб муаммолари» илмий-услубий конф. матер. 2008 йил 25 ноябрь, 87-88.

2. О преподовании практических занятий по общей хирургии и роли интерактивных методов. З.З.Тухтамурадов, А.Ш.Абдумажидов. «Илмий – педагогик ишларнинг долзарб муаммолари» илмий-услубий конф. матер. 2008 йил 25 ноябрь, 94-95б.

УДК: 617.56: 616.007.4-055.2-089

ДИАГНОСТИКА РЕКТОЦЕЛЕ ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Наврузов Б.С., Шаймарданов Э.К.
(РНЦК МЗ РУз)

Статья посвящена диагностику ректоцеле при тазовом пролапсе. Изучены результаты 48 рожавших женщин с ректоцеле при пролапсе органов таза. Ректоцеле в основном проявился кишечной и тазовой дисфункцией. Информативность УЗИ и проктографии при ректоцеле достигается до 100%. При этом диагностическая чувствительность УЗИ тазового дна в отношении выявления дефектов ректовагинальной фасции составила 82,6%, а специфичность - 78,3%.

Ключевые слова: Тазовый пролапс, ректоцеле.

АЁЛЛАРДА ТОС АЪЗОЛАРИ ПРОЛАПСИДА РЕКТОЦЕЛЕ ТАШХИСИ

Мақола тос аъзолари пролапсидаги ректоцеленинг ташхисига бағишланган. 48 туққан тос аъзолари пролапсида ректоцелеси бўлган аёллар ўрганилган. Ректоцеле асосан ичак ва тос дисфункцияси билан ифодаланган. Ультратовушли текшириш ва проктография ахбороти ректоцеледа 100% гача борди. Бунда тос гумбази ультратовушли текширишнинг сезгирлиги 82,6% ни, махсуслиги 78,3% ни ташқил этди.

Калит сўзлар: Тоспролапси, ректоцеле.

DIAGNOSTICS RECTOCELE AT THE PELVIC PROLAPSE AT WOMEN

Article is devoted to diagnostics rectocele at a pelvic prolapse. 48 women delivered children with rectocele and a pelvic prolapsed are studied. The rectocele mainly manifested intestinal and pelvic dysfunction. Informational content of ultrasonography and proctography at rectocele is reached to 100%. Thus diagnostic sensitivity of ultrasonography of a pelvic bottom concerning detection of defects of a rectovaginal fascia made 82,6%, and specificity - 78,3%.

Keywords: Pelvic prolapse, rectocele.

Введение. Пролапс тазовых органов является широко распространённой, трудно поддающейся лечению и потому одной из наиболее актуальных проблем в хирургии. Риск развития пролапса тазовых органов имеет 1 из 11 женщин [1, 4-5], а частота среди гинекологических больных достигает 28,0 -38,9 % [2, 8].

Ректоцеле - это одно из патологических состояний, связанных с тазовым пролапсом и привлекающих внимание специалистов различных областей медицины. Гинекологи определяют ректоцеле как опущение и выпадение задней стенки влагалища [3,9], а колопроктологи - как дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки в сторону влагалища, а также в сторону анокопчиковой связки [1-3, 8-9].

В настоящее время диагностика ректоцеле основывается на данных гинекологического осмотра, а для визуализации и определение степени паталогииисполь зуется УЗИ тазового дна и эвакуаторная проктография.

Ультрасонография органов таза и тазового дна - недорогая и необременительная для пациента процедура.В настоящее время существуют различные методы ультразвукового сканирования органов малого таза и тазового дна: трансабдоминальный, промежностный, интраректальный, интравагинальный. Каждый из них имеет свои показания, преимущества и недостатки. Но в настоящее время нет единого мнения по поводу методики исследования тазового дна у женщин [6].

Эвакуаторнаяпроктография, в настоящее время, используется при различной патологии, сопровождающейся, нарушением акта дефекации. Контрастное вещество (сульфат бария), смешанное с картофельным крахмалом, вводится в прямую кишку с помощью специального пистолетного инжектора. Для четкого определения размеров ректоцеле и его расположения предложено проведение проктографии с натуживанием. У ряда больных выпячивание выявляется уже в состоянии покоя, но чаще в момент натуживания. Размер выпячивания определяется как расстояние между продольной осью анального канала и наиболее выступающей его частью. Измерения проводятся по рентгенограмме с натуживанием. Выпячивание, размером до 2 см, относится к I степени ректоцеле, размером 2 - 4 см - ко II степени, более 4 см - к III степени. При оценке степени переднего ректоцеле целесообразно учитывать не только его размеры, но и положение вершины выпячивания относительно уровня аноректальной зоны и ануса [1].

По данным авторов [2, 7,9]при проведении проктографии у женщин среднего и пожилого возраста ректоцеле выявляется у 15,0 - 80,0 % обследованных, при этом у 25,0 % из них имеются клинические симптомы заболевания.Некоторые исследователи отмечают встречаемость ректоцеле с частотой 15 - 43 % [1, 3], при этом преобладают тяжёлыеформы, сочетающиеся с пролапсом гениталий.

Цель нашего исследования – сравнение инструментальных методов исследования при диагностике пациенток с ректоцеле.

Материалы и методы исследования.Материалом для настоящей научной работы послужили результаты обследования 48рожавших женщин с ректоцеле 2-3 степени при тазовом пролапсе, наблюдавшихся в Республиканском научном центре колопроктологии МЗ РУз, с 2008 по 2012 гг.Возраст пациенток колебался от 26 до 60 лет (средний 42,6±5,2 года).С первой степенью ректоцеле больных не было. 19 пациентки имели третью степень пролапса, у остальных (29) диагностирована вторая стадия болезни.

При проктологическом и гинекологическом обследовании больной во время её максимального натуживания проводилось описание и стадирование пролапса тазовых органов. Общепринятое гинекологическое и обязательное ректальное исследование было дополнено инструментальными диагностическими методами - УЗИ тазового дна и эвакуаторнойпроктографией.

Ультразвуковое исследование тазового дна проводили в положении больной на спине с наполненным мочевым пузырем и с согнутыми в коленях ногами, с использованием многочастотного вагинального датчика, который располагали в преддверии влагалища.Эвакуаторнаяпроктография выполнялась в кабинете рентгенодиагностики по стандартной методике.

Результаты и их обсуждения.Основными проявлениями кишечной дисфункции у пациенток с ректоцеле в изучаемых больных были длительное натуживание при дефекации (93,8%), чувство неполного опорожнения кишечника (91,7%), плотный фрагментированный кал (70,8%). При этом 29(60,4%)пациентки использовали пальцевое пособие при дефекации, которое выполнялось путем надавливания на промежность, заднюю стенку влагалища или ягодичную область для облегчения опорожнения прямой кишки. Наиболее частыми проявлениями тазовой дисфункции у пациенток были чувство тяжести в области промежности (77,1%), ощущение инородного тела во влагалище/промежности (95,8%), у пациенток с сопутствующим цистоцеле - чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (10,4%).

При ультразвуковом исследовании ректоцеле подтверждено у всех пациенток, и практически у всех (93,8 %) лоцировались. У 3-признаки недостаточности мышц тазового дна (расширение межлеваторного пространства, истончение, нарушение эхогенности мышц-леваторов, снижение высоты промежности). Информативность УЗИ при выявлении дефектов ректовагинальной фасции показывает более низкую способность исследования (чувствительность -83,8%, специфичность - 76,4%).

При эвакуаторной проктографии(n=14) более, чем в половине случаев (64,3%) было выявлено ректоцеле более 4 см, что соответствует по рентгенологическим критериям 3 степени ректоцеле, в 42,9% случаев отмечалась задержка контраста в «кармане» ректоцеле, что подтверждает нарушение эвакуаторной функции прямой кишки у данных больных, и у каждой третьей женщины (28,6%) было отмечено опущение промежности в стадии декомпенсации мышц тазового дна.

Результаты исследования подтверждают высокую эффективность УЗИ и проктографии, также методы исследования дает полную картину стадии болезни и дисфункцию прямой кишки.

Выводы

1. Ректоцеле страдают в основном женщины трудоспособного возраста и клинически харак-

теризуется кишечной (длительное натуживание при дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника и плотный фрагментированный кал) и тазовой (чувство тяжести в области промежности, ощущение инородного тела во влагалище/промежности и при сочетании цистоцеле-чувство неполного опорожнения мочевого пузыря) дисфункцией.

2. Информативность УЗИ и проктографии при ректоцеле достигает 100%. При этом диагностическая чувствительность УЗИ тазового дна в отношении выявления дефектов ректовагинальной фасции составила 82,6%, а специфичность - 78,3%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зароднюк И.В. и др. Дефекография в обследовании больных с нарушениями дефекации // Колопроктология. 2004. - №2. - С.45-50.
2. Попов А.А. и др. Современный подход к коррекции ректоцеле у гинекологических больных с пролапсом гениталий // Российский вестник акушера-гинеколога. 2006. - Т.6. - N 2. - С. 38-40.
3. Смирнов, А.Б. Сравнительная оценка методов хирургической коррекции ректоцеле. / А.Б. Смирнов, В.В. Хворов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2006. - № 10. - С. 22-26.
4. Altman D. Perioperative Morbidity Using Transvaginal Mesh in Pelvic Organ Prolapse Repair. / D. Altma, Ch. Falconer // Obstetrics & Gynecology. -2007.-Vol. 100.-N2.-P. 1.
5. Barber, M. D. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7) / M.D. Barber, M.D. Walters, R.C. Bump // Am J Obstet Gynecol. 2005. - Vol 193.-P. 103-13.
6. Grande M, Cadeddu F, Sileri P, Ciano P, Attinà GM, Selvaggio I, Milito G. Anal vector volume analysis: an effective tool in the management of pelvic floor disorders. Tech Coloproctol. 2011 Mar;15(1):31-7.
7. Mills RP. Rectocele and anal sphincter defect - surgical anatomy and combined repair. S Afr J Surg. 2011 Nov 30;49(4):182-5.
8. Petros P, Inoue H. Transvaginalperineal body repair for low rectocele. Tech Coloproctol. 2013 Aug;17(4):449-54.
9. Wong MT, Abet E, Rigaud J, Frampas E, Lehur PA, Meurette G. Minimally invasive ventral mesh rectopexy for complex rectocoele: impact on anorectal and sexual function. Colorectal Dis. 2011 Oct;13(10):e320-6.

УДК: 616-08;043-2.28

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ МОНИТОРИНГОМ ВЫЗВАННЫХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ

Кариев Г.М., Арсланова З.Э., Алтыбаев У.У.
(РНЦН, ТашПМИ, ТМА)

Близкое расположение краниофарингиом по отношению к зрительным нервам и хиазме, структурам дна III желудочка, внутренним сонным артериям и их магистральным ветвям определяет трудности в хирургическом лечении данной категории больных[5]. Степень радикальности удаления краниофарингиом, а также сохранение и улучшение зрительной функции в послеоперационном периоде, зависят от физиологической дозволенности выделения краниофарингиом от структур гололвного мозга при их удалении. Анализ исследования показал, что на каждом этапе операции удаления краниофарингим, близко располагающихся к зрительным нервам и хиазме, применение вызванных зрительных потенциалов целесообразно.

Ключевые слова: краниофарингиома, вызванные зрительные потенциалы, острота зрения, поля зрения.

ЧАҚИРИЛГАН КЎРУВ ПОТЕНЦИАЛЛАРИНИНГ ИНТРАОПЕРАЦИОН МОНИТОРИНГИ БИЛАН КРАНГИОФАРИНГИОМАЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОСИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Краниофарингиомаларнинг кўрув нервлари ва хиазмага, III қоринча туби тузилмаларига, шунингдек ички уйқу артериялари ва уларнинг магистрал тармоқларига яқин жойлашиши бундай беморларни хирургик даволашдаги қийинчиликларни белгилайди [5]. Краниофарингиомаларни олиб ташлаш радикаллик даражаси ва операциядан кейинги холатда кўришни сақлаб қолиш ва яхшиланиши, краниофарингиомаларни олиб ташлашда бош мия структура-

ларидан уларни ажратиб олишнинг физиологик имконига боғлиқ. Ўтказилган текширувнинг таҳлили шуни кўрсатдики, кўрув нервлари ва хиазмага яқин жойлашган краниофарингиомаларни олиб ташлаш операциясининг барча босқичларида чақирилган кўрув потенциалларини қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Калит сўзлари: краниофарингиома, чақирилган кўрув потенциаллари, кўрув ўткирлиги, кўрув майдони.

OPTIMIZATION OF CRANIOPHARYNGEOMA SURGICAL TREATMENT BY VISUAL EVOKED POTENTIALS INTRAOPERATIVE MONITORING

Specific very close location of craniopharyngeoma near the optic nerve and chiasm, structures of the third ventricle, and also to internal carotid arteries and their major branches makes surgery dramatically difficult in patients treatment[5]. The extent of craniopharyngeoma removal and opportunity to save and improve vision in postoperative period depends on physiological permissibility during craniopharyngeoma surgery on brain structures. Results of this research gave us conclusion that visual evoked potentials are very useful on all stages of craniopharyngeoma surgery near optic nerve and chiasm.

Key words: craniopharyngeoma, visual evoked potentials, visual acuity, visual fields.

Актуальность. Среди опухолей хиазмально-селлярной области 30% представлены краниофарингиомами [2]. Расположение опухоли в непосредственной близости к зрительным нервам и хиазме, образованиям дна III желудочка, внутренним сонным артериям и их магистральным ветвям, обуславливает исключительную сложность хирургического лечения таких больных[5]. Степень радикальности удаления краниофарингиом во многом определяется физиологической дозволенностью хирургических манипуляций на структурах головного мозга при выделении новообразования от них. Своевременное уточнение границ таких воздействий оказывает существенное влияние на исход лечения[4].

В настоящее время метод регистрации зрительных вызванных потенциалов(ЗВП) находит всё более широкое применение в клинической практике как метод, позволяющий получить объективную информацию о состоянии зрительной системы без словесного отчёта больного, что особенно важно при угнетении сознания больного во время операции[1].Так как на сегодняшний день не существует единой точки зрения на применение интраоперационного мониторинга функции зрительного анализатора во время удаления опухоли[6,8] было решено провести данное исследование. В данной статье мы приводим результаты проведённого нами исследования направленого на изучение эффективности применения интраоперационного мониторинга зрительных вызванных потенциалов у больных с краниофарингиомами.

Цель исследования. Оптимизировать результаты хирургического лечения больных с краниофарингиомами путем применения интраоперационного мониторинга зрительных вызванных потенциалов.

Материалы и методы исследования. Основой работы являются результаты изучения 45 больных с краниофарингиомами, находившихся на лечении в РНЦНХ за период с 2009 по 2012 год, разделённых на две группы: - 1 группа контрольная (23 больных) проводилось удаление объёмного образования; - 2 группа основная (22 больных) дополнительно применялся интраоперационный мониторинг зрительных вызванных потенциалов на вспышку. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, социальным факторам и наличию сопутствующих заболеваний, а также подробно проанализирована. нейро-офтальмологическая симптоматика каждого больного. Хиазмальный синдром (снижение остроты зрения и/или дефект полей зрения) был диагностирован у всех больных в обеих группах. У 23 (51,1%) больных встречались зрительные нарушения, являющиеся первым признаком краниофарингиомы.

Для большей наглядности, из-за сложности оценки зрительных нарушений, нами изучена острота зрения и дефекты полей зрения на каждый глаз в отдельности (в сумме 90 глаз в двух группах больных). На основании результатов обследования был проведён в предоперационном и послеоперационном периоде сравнительный анализ динамики нейро – офтальмологической симптоматики у больных в контрольной группе и группе с применением интраоперационного мониторинга зрительных вызванных потенциалов.

Результаты и обсуждение. В хирургии опухолей хиазмально-селлярной области немаловажное значение имеет применение современных информативных методов диагностики, микрохирургической техники, принципов нейроанестезиологии и нейрореанимации. Вопросы оптимальной нейрохирургической техники и тактики сохранения анатомической целостности зрительных нервов и хиазмы, в отличии от функциональной их сохранности, достаточно подробно описаны в современной литературе, хотя интраоперационный мониторинг функции зрительного анализатора позволяет сократить количество нейроофтальмологических осложнений в послеоперационном периоде [8]. Важным элементом в хирургии опухолей хиазмально-сел-

лярной области является интраоперационный нейрофизиологический мониторинг зрительных нервов и хиазмы, который позволяет предотвратить опасные манипуляции. При удалении объёмного образования нейрохирург получает информацию нейромониторинга для контроля функции структур зрительного анализатора. Полученные данные при интраоперационном мониторинге ЗВП позволяют дифференцировать интенсивность структурно-функциональных воздействий на прилежащие к опухоли части зрительного анализатора[1,3,7]. Своевременная оценка степени интраоперационных воздействий, изменения проводимости по зрительным нервам и хиазме, полученная при мониторинге, ведёт к изменениям хирургических приёмов для сокращения случаев необратимых повреждений периферического нейрона зрительного пути, вызванных оперативным вмешательством[2]. Нами оценена динамика зрительной функции (остроты зрения, границ полей зрения) у больных с краниофарингиомами в раннем послеоперационном периоде. Динамика остроты зрения и границ поля зрения рассматривалась по отдельности. В контрольной группе улучшение остроты зрения было зафиксировано у 32,6% больных, без динамики у 45,65% и ухудшение у 21,74%. В основной группе: улучшение остроты зрения было у 63,64% больных, без динамики - 36,36%, ухудшения остроты зрения не отмечалось. Результат в группе с интраоперационным мониторингом лучше, чем в контрольной группе в 1,95 раза. В первой группе средняя острота зрения в раннем послеоперационном периоде по сравнению с дооперационным уровнем улучшилась на 0,12,; во второй группе результаты значительно лучше - улучшение средней остроты зрения на 0,22. Улучшение остроты зрения (с оптической коррекцией) в раннем послеоперационном периоде так же чаще встречалось во второй группе больных на 0,1.

Проанализирована динамика границ полей зрения в полеоперационном периоде у двух групп больных. В контрольной группе расширение границ поля зрения было зафиксировано у 19,56% больных, без динамики у 56,52% и ухудшение у 23,91%. Во 2-й группе: улучшение было у 75,0%больных, без динамики у 25,0%, ухудшения не отмечалось. В контрольной группе увеличилось количество больных с нормальным полем зрения или частичной височной гемианопсией с 56,52% до 60,87% (А = 4,35%), уменьшилось число с остаточным полем зрения с 13,04% до 6,5% (А = -6,54%), в одном случае развился амавроз. В группе с нейромониторингом так же возросла сумма глаз с нормальным полем зрения или частичной височной гемианопсией с 18,18% до 81,81% (А = 63,64%), у 2 глаз больных с остаточным полем зрения поле зрения расширилось, ни один глаз пациентов после операции не ослеп. У всех больных в группе с интраоперационным нейромониторингом функции зрительного анализатора расширилось поле зрения в послеоперационном периоде больше, чем в контрольной группе пациентов.

Следовательно, анализ данных нашего исследования показывает, что применение интраоперационного мониторинга вызванных зрительных потенциалов позволяет улучшить результаты лечения краниофарингиом, снизив количество зрительных нарушений в послеоперационном периоде. В процессе удаления краниофарингиом анатомическое взаимоотношение между периферической частью зрительного анализатора и опухолью не в полной мере позволяют судить о физиологической дозволенности хирургических манипуляций, поэтому необходимо производить интраоперационный нейрофизиологический мониторинг. Во время операции необходимо учитывать функциональное состояние зрительных нервов и хиазмы, поэтому степень радикальности хирургического лечения не должна превышать допустимую нейрофизиологическую дозволенность интраоперационных воздействий на церебральные структуры. В случае изменений зрительных вызванных потенциалов, необходимо приостановить удаление опухоли и выделение структур зрительного анализатора, если изменения не купируются, то рекомендуется ограничить объём оперативного вмешательства. Проведённое исследование показывает, что регистрация зрительных вызванных потенциалов существенно увеличивает возможности клинического анализа нейрофизиологической дозволенности хирургических манипуляций, так как изменения амплитуды и латентности пика Р100 расширяют возможности интраоперационного прогнозирования течения послеоперационного периода и предотвращают развитие необратимых изменений в структурах зрительного анализатора. Необходимо внедрять интраоперационный мониторинг зрительных вызванных потенциалов в хирургии объёмных образований хиазмально - селлярной области для более ранней не только диагностики зрительных нарушений, но и для оценки эффективности оперативного лечения. Применение способа мониторинга, обеспечивающего хорошие результаты лечения у такой категории больных, считается оправданным, несмотря на дополнительные финансовые затраты. В конце операции нормализация амплитудо-временных параметров пика Р100, с предшествующей ей снижением латентности и возрастанием амплитуды представляет нейрохирургу сведения о благоприятном прогнозе относительно зрения. Патологические изменения ЗВП на этапе завершения операции свидетельствуют о возможном неблагоприятном исходе хирургического вмешательства. Резкое снижение амплитуды и нормализация латентности Р100 является признаком ишемии зрительных нервов и хиазмы.

Вывод. Проведённый анализ исследования, посвященный нейрофизиологическому контролю зрительной функции, позволяет нам прийти к заключению о целесообразности проведения мониторинга зрительных вызванных потенциалов на всех этапах операции при удалении краниофарингиом, расположенных вблизи зрительных нервов и хиазмы. При удалении краниофарингиом методика интраоперационного мониторинга зрительных вызванных потенциалов рекомендуется к применению в повседневной практике в нейрохирургических клиниках.

ЛИТЕРАТУРА

1. 1. Александров, Н.Ю. Вызванные потенциалы в диагностике поражений нервной системы 2001г.
2. 2. Аникин, С. А. Эффективность интраоперационного мониторинга зрительных вызванных потенциалов в хирургии опухолей хиазмально-селлярной области. 2009г.
3. 3. Гнездицкий, В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике 2003г.
4. 4. Bernstein, M. Neuro-oncology / M. Bernstein, M.S. Berger. - New
5. York: Stuttgart, 2005. - 490 p.
6. 5. Bosnjak, R. Direct epidural electrical stimulation of the optic nerve: a new method for intraoperative assessment of function 2008.
7. 6. Hasimoto, I. Recent Advances in Human Neurophysiology/ I. Hasimoto, R. Kakigi // Int. Evoked Potential. Symp. Okazaki. - Japan, 1998. - P.234-238.
8. 7. Kinney, G. Intraoperative neurophysiological monitoring technology: recent advances and evolving uses 2007.
9. 8. Kurosaki M., Ludecke D.K., Flitsch J., Saeger W. Surgical Treatment of Clinically Nonsecreting Pituitary Adenomas in Elderly Patients. 2000.

УДК:616.711:616.832-001-037-036.8

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Джуманов К.Н.
(РНЦН)

Проведен анализ 56 больных, оперированных в отделении патологии позвоночника и спинного мозга РНЦНХ МЗ РУз в период 2009- 2012гг с травмой шейного отдела позвоночника. В результате исследования определен четкий, объективный, диагностический и хирургический алгоритм при поступлении в стационар пациента с травмой шейного отдела позвоночника. Он включал клиническое обследование, определение неврологической симптоматики по шкале ASIA, рентгенографию, КТ и МРТ. По результатам обследования нами производился выбор вида оперативного вмешательства для оптимальной декомпрессии спинного мозга и создания условий для реконструкции позвоночника, декомпрессии дурального мешка, корешков. Улучшены результаты хирургического лечения: хороший и удовлетворительный результаты получены у 70,9% пациентов.

Ключевые слова: позвоночник, шейный отдел, диагностика, хирургическое лечение.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ БЎЙИН СОҲАСИ АСОРАТЛАНГАН ШИКАСТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

РНХИМнинг умуртқа поғонаси ва орқа мия патологияси бўлимида 2009-2012 йиллар давомида умуртқа поғонасининг бўйин соҳаси шикастлари сабабли жаррохлик амалиёти ўтказилган 56 нафар бемор тахлили ўтказилди. Текшириш натижасида умуртқа поғонасининг бўйин соҳаси шикастлари билан стационарга келган беморни объектив ташхислаш ва жаррохлик алгоритми тузилди. У клиник текшириш, ASIA шкаласи бўйича неврологик симптоматикани аниклаш, рентгенография, КТ ва МРТларни ўз ичига олади. Текшириш натижаларига кўра орқа миянинг оптимал декомпрессияси учун ва умуртқа поғонаси реконструкцияси, дурал қоп ҳамда илдизчалар декомпрессияси учун шароитлар яратишга қаратилган жаррохлик амалиётининг тури танланди. Жаррохлик амалиётининг натижалари яхшиланди: яхши ва қониқарли натижалар 70,9% беморларда кузатилди.

Калит сўзлар: умуртқа погонаси, бўйин бўлими, ташхислаш, хирургик даволаш.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE COMPLICATED TRAUMA OF CERVICAL DEPARTMENT OF A BACKBONE

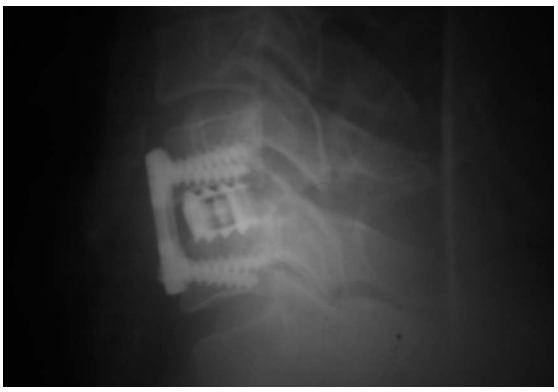
The analysis of 56 patients operated in RCCNS MH of RUz in deparment of a pathology of a backbone and a spinal cord in the period 2009-2012yy with a trauma of cervical department of a backbone is carried out. As a result research the accurate objective diagnostic and surgical algorithm is defined at receipt in a hospital of the patient with a trauma of cervical department of a backbone. It included clinical inspection, definition of neuralgic symptomatology on ASIA scale, a rentgenografiya, CT and MRT. By results of inspection we made a choice of a type of operative intervention for optimum decompression of a spinal cord and creation of conditions for reconstruction of a backbone, a decompression of a dural bag, backs. Results of surgical treatment are improved: the good and satisfactory result is received in studied group at 70,9 % of patients.

Keywords: a backbone, cervical department, diagnostics, surgical treatment.

Актуальность исследования. Травма шейного отдела является наиболее тяжёлой патологией среди травм позвоночника. Среди травматических повреждений позвоночника на долю травм шейного отдела приходится 19-22% (Базилевская З.В.,1980). По различным данным частота травмы шейного отдела составляет около 2 на 100000 населения в год и растёт с каждым годом. Осложнённые повреждения при травме позвоночника на шейном уровне возникают в 64,6% случаев (Triantafyllou N. M., 1992). Средний возраст пострадавших составляет 30 лет. Неврологический дефицит встречается у 25 % пострадавших с костными повреждениями позвоночника (Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И., 2004). При этом анатомия шейного отдела позвоночника обусловливает высокий риск полного поперечного повреждения спинного мозга при переломах и вывихах позвонков. По данным различных авторов активная ранняя хирургическая тактика - наиболее важное условие для возможной минимизации вторичного повреждения спинного мозга (Крылов В.В.; Гринь А.А., 2005; Яриков Д. Е., Басков А. В.2001). Так, адекватное и своевременное хирургическое вмешательство является важнейшим условием улучшения исходов при травме шейного отдела позвоночника и повышения качества жизни пациентов.

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения осложнённой травмы шейного отдела позвоночника в остром периоде.

Материалы и методы. Клинический анализ составили 56 больных, оперированных в отделении патологии позвоночника и спинного мозга РНЦНХ МЗ РУз в период 2009- 2012гг с травмой шейного отдела позвоночника. В материале было 81% мужчин и 19% женщин. Средний возраст больных составил 32 года. При наличии нестабильности и передней компрессии спинного мозга осуществлялись операции передним доступом - дискэктомия, корпорэктомия. Спондилодез мог быть представлен межтеловым артродезом титановым имплантом. Как только имплант установлен, требовалось решение, касающееся потребности в дополнительной передней фиксации. Для травм с повреждением трех опорных столбов шейного отдела позвоночника, передняя фиксация была необходимой, чтобы избежать в последующем сопутствующего заднего артродеза. Для этой цели использовались передние пластины. Пластина стабилизировалась винтами, введёнными в верхние и нижние полюса пластины.



Больной Л. 57 лет д-з: Двусторонний сцепленный вывих VC5 позвонка кпереди. Снимки до и после операции. Произведено открытое вправление вывиха с последующим спондилодезом кейджем и пластинами.

При наличии переломовывиха и задней компрессии осуществлялись операции задним доступом - резекция дугоотростчатых суставов и открытое вправление переломовывиха. Выполнялась декомпрессивная ламинэктомия, резекция дугоотросчатых суставов, открытое вправление

позвонков, ревизия дурального мешка, реконструктивные манипуляции. Для стабилизации использовались ламинарные крючки.

Результаты. В результате нашего исследования определен четкий объективный диагностический и хирургический алгоритм при поступлении в стационар пациента с травмой шейного отдела позвоночника. Он включал клиническое обследование, определение неврологической симптоматики по шкале ASIA, рентгенографию, КТ и МРТ. По результатам обследования нами производился выбор вида оперативного вмешательства для оптимальной декомпрессии спинного мозга и создания условий для реконструкции позвоночника, декомпрессии дурального мешка, корешков. Улучшены результаты хирургического лечения: хороший и удовлетворительный результат получен в исследуемой группе у 70,9% пациентов.

Выводы. Перспективы улучшения исходов хирургического лечения видятся нам в уточнении показаний и тщательной оценке всех возможных противопоказаний в выборе вида хирургического вмешательства и улучшении качества проводимой предоперационной подготовки и хирургической техники как таковой. Считаем обоснованным для этой цели унификацию принятия решений хирургической бригадой в остром периоде травмы с учетом фазности течения травмы спинного мозга позвоночника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аранович В.Л. Показания и объем передней декомпрессии спинного мозга при травме шейного отдела позвоночника // Вопр. нейрохирургии. -1983. -№4. -С. 41-45.

2. Бабиченко Е.И. Хирургическая тактика при травме шейного отдела позвоночника и спинного мозга // Вопр. нейрохирургии. -1983. -№5. -С. 3-8.

3. Базилевская З.В., Головных Л.Л., Киркинская Т.А. Структура летальности при повреждении позвоночника и спинного мозга // Вопр. нейрохирургии. -1980. -№6. С. 37-41.

4. Hilibrand AS, Carlson GD, Palumbo MA, et al. Radiculopathy and myelopathy at segments adjacent to the site of a previous anterior cervical arthrodesis. J Bone Joint Surg Am 1999;81:519–28.

УДК: 616.831.718-07-089

КЛИНИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АСТРОЦИТОМ МОЗЖЕЧКА У ВЗРОСЛЫХ

Кадырбеков Р.Т., Муродова Д.С., Хусанов Р.А.
(РНЦН, ТМА)

Проанализированы результаты лечения 49 больных с астроцитомой мозжечка. Выбор метода их лечения до настоящего времени обсуждается, обосновываются как сдержанная и активная хирургическая тактика. В статье представлены результаты лечения 49 пациентов находившегося в отделение нейроонкологии РНЦНХ в 2011г - 2013г. с астроцитомой мозжечка в возрасте с 18 до 74 лет.

Ключевые слова: астроцитома, опухоли мозжечка, лечение опухолей головного мозга.

КАТТАЛАРДА МИЯЧА АСТРОЦИТОМАСИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ЖАРРОХЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Мияча астроцитомаси билан 49 нафар беморларнинг даволаш натижалари тахлил қилинди. Беморнинг хаёт сифатини оширишга қаратилган даво методларини ишлаб чиқиш бугунги кунгача долзарб мавзу сифатида қолмоқда. Фаол ва чекланган жаррохлик муолажалари ўз тасдиғини топган. Мазкур мақолада Республика Нейрохирургия илмий марказида 2011йилдан 2013й. гача даволанган мияча астроцитомаси билан оғриган 18 ёшдан 74 ёшгача беморлар даволаниш натижалари тахлил қилинган.

Калит сўзлар: астроцитома, мияча ўсмалари, бош мия ўсмалари давоси.

CLINICAL PRESENTATION AND SURGICAL TREATMENT OF ASTROCITOMAS OF CEREBELLUM IN ADULTS

In this article analyzed 49 patients with astrocytoma of cerebellum. The best methods of treatment to save or increase patients life quality remains problematic, still, it is proved active and partial surgical treatment. In this article presented analysis of results of treatment patients with cerebellar astrocytoma from 18 to 74. 2011- 2013years.

Key words: Astrocytoma, tumor of cerebellum, treatment of brain tumors.

Актуальность проблемы. Астроцитома – наиболее часто встречающаяся форма глиомы. Локализация этого типа опухоли может быть в любой области головного мозга. Частота первичных опухолей центральной нервной системы составляет от 7,42 до 13,9 на 100 000 населения в год [1,2,3] из них глиальные опухоли наблюдались в 46% случаев. В мозжечке у взрослых, встречаемость астроцитома составляет 4,3%. До настоящего времени определенные причины возникновения астроцитом головного мозга не установлены.

Известно, что астроцитарные опухоли по классификации ВОЗ в зависимости от агрессивности их роста подразделяются на медленно растущие (Low-grade) и быстро растущие (High-grade). Степень злокачественности астроцитом по данным Daumas-Duport C. и соавт. (1988), определяются 4 основных критерия злокачественности астроцитарной опухоли (ядерный атипизм, митозы, эндотелиальная пролиферация и некрозы): 1 степень — отсутствие этих признаков, 2 — наличие одного из них, 3 — наличие двух признаков, 4 степень — наличие не менее трех признаков [4].

Классификация злокачественных астроцитарных опухолей основана на определении степени целлюллярности, ядерного или клеточного полиморфизма, эндотелиальной пролиферации, митозов и некрозов.

Пилоцитарные астроцитомы (I степень злокачественности). Наблюдаемые нами у 20% больных, этот тип астроцитом увеличиваются в размерах медленно, имеют четкие границы. В большинстве случаев, часто встречаются у детей в возрасте от 9 до 10 лет, вне зависимости от пола. Локализуются в зрительных нервах, стволе мозга, мозжечке.

Фибриллярные астроцитомы (II степень злокачественности). Для этих опухолей характерен медленный рост с отсутствием четких границ. Преимущественно поражают пациентов в возрасте от 20 до 30 лет.

Анапластические астроцитомы (III степень злокачественности). Они являются наиболее агрессивными и считаются быстро растущими. Быстро увеличиваются в размерах и не имеют четких границ. Имеет место инвазия в мозговую ткань, окружающую пораженную зону. Как правило, наблюдаются у мужчин в возрасте 30-50 лет. С течением времени можуг переродиться в глиобластому.

Глиобластома (IV степень злокачественности) – агрессивные и быстрорастущие астроцитомы. Наиболее распространенный вид данных опухолей. Глиобластомы состоят из слабо дифференцированных астроцитов, которые имеют участки сосудистой пролиферации и некроза. У взрослых пациентов наиболее часто локализуются в височных и лобных долях головного мозга. Составляют около 60% всех опухолей, поражающих головной мозг.

Наиболее часто встречающимися симптомами астроцитом мозжечка головного мозга являются: головная боль, снижение зрения, тошнота и рвота, вынужденное положение головы (синдром Брунса), нарушений баланса и координации (атаксия), нистагм, снижение тонуса мышц в конечностях.

В большинстве случаев для диагностики астроцитом применяется КТ, МРТголовного мозга.

Неинвазивные методы диагностики астроцитом мозжечка относятся:

– КТ-головного мозга с внутривенным контрастированием (тромботраст, ультравист).

– МРТ-головного мозга с внутривенным контрастированием (тромботраст, ультравист) в сосудистом режиме.

По данным литературы, КТ и МРТ исследования, являются наиболее достоверными методами для дифференциации астроцитом мозжечка головного мозга. На КТ- головного мозга, астроцитомы проявляются в виде изо- и гиподенсивного изображения. На КТ-головного мозга классическое внешнее изображение астроцитом мозжечка – это хорошо отграниченная, в основном кистозная опухоль, с интенсивно накапливающим контрастное вещество в узле, сходная с гемангиобластомой. При МРТ- исследовании, эти опухоли изогипоинтенсивного изображения в режиме (Т1 или Т2). Кистозная часть нередко содержит высокий процент белка, и поэтому может отличаться по сигналу от ликвора. Перифокальный отек встречается редко. Солидный компонент обычно накапливает контраст в различной степени.[5]

До настоящего времени несмотря на выработанную тактику лечения астроцитом мозжечка, результаты лечения остаются неутешительными, что обусловливает актуальность этой темы. Способ лечения уточняется в ходе проведения диагностических мероприятий. Проводится хирургическое вмешательство, лучевая терапия, химиотерапия или комбинированная терапия.

Целью нашего исследования является оценка особенностей клинического течения и лечения астроцитом мозжечка у взрослых.

Поставлены следующие задачи.

– Провести анализ клинического течения астроцитом мозжечка головного мозга.

– Дифференциальная диагностика различных степеней злокачественности астроцитом мозжечка у взрослых.

– Алгоритм дифференцированного подхода тактики проводимого хирургического вмеша-

тельства с астроцитомами мозжечка головного мозга у взрослых.

Материалы и методы. Нами было обследовано 49 больных, находившихся в отделении нейроонкологии РНЦНХ МЗ РУз с 2011г. по 2013г. Больные были распределены по полу и возрасту. Из них мужчины – 33 (68,3%), женщины – 16 (31,7%). Возраст больных составил от 18 до 74 лет.

Распределение больных по полу и возрасту

Таб.1

Пол	Кол-во, %
женский	16 (31,7%)
мужской	33 (68,3%)
Всего	49(100%)

Из данных таблицы 1 видно, что наибольшая встречаемость астроцитом мозжечка приходится на долю мужчин – 68,3%.

По мере поступления, также больные были распределены по степени тяжести состояния:

– Компенсированнное;
– Субкомпенсированное;
– Декомпенсированное;
– Грубое декомпенсированное.

Распределение больных по степени тяжести состояния

Таб.2

Оценка состояния	Кол-во, %
Компенсированнное	27 (55,1%)
Субкомпенсированное	17 (34,7 %)
Декомпенсированное	3 (6,1%)
Грубое декомпенсированное	2 (4,1%)

Из данных таблицы 2 видно, что наибольшее количество больных поступали в компенсированном состоянии, что свидетельствует улучшении диагностики.

Всем больным было произведено КТ и МРТ головного мозга, до и после оперативного вмешательства.

Сроки от проявления первых признаков заболевания до госпитализации составили от 2 недель до 12 месяц, в среднем до 4 месяцев.

Несмотря на повышение внутричерепного давления у 47 (96,7%) больных, острота зрения оставалась без изменения у 30 больных (61,7%); у 35 (71,6%) больных, отмечались изменения на глазном дне в виде застойных явлений и у 12 (23,3%) случаях - изменения на глазном дне отсутствовали.

Офтальмологические проявления при астроцитомах мозжечка

Таб.3

Офтальмологические нарушения	Частота выявления.	
	n= абс	%
Отсутствие	n=30	61,7
Снижение остроты зрения	n=19	38,3
Ангиопатия сетчатки	n=11	23,3
Начальные явления застоя ДЗН	n=12	23,3
Выраженный застой ДЗН	n=23	48,3
Вторичная атрофия ДЗН	n=3	5

Все пациенты обследованы с использованием методов нейровизуализации: КТ- головного мозга проведена 21 (43,3%), магнитно-резонансная томография - 28 (46,7%), что позволило установить локализацию и характер новообразования.

Распределение астроцитомы мозжечка головного мозга по локализации

Таб.№4

Локализация опухоли	Частота выявления	
	Абс,	%
Правая гемисфера мозжечка	n=15	30,6
Левая гемисфера мозжечка	n=15	30,6
Червь мозжечка	n=7	14,2
IV желудочек	n=12	24,6

Результаты и их обсуждение. Анализ анамнеза заболевания свидетельствует о запоздалом обращении больных к врачу, о несвоевременном применении КТ и МРТ для диагностики опухолей головного мозга. Продолжительность заболевания от начала клинических проявлений астроцитомы мозжечка, до поступления в клинику, колебалась в пределах: от 2 недель до 1года.

Общемозговая симптоматика проявлялась уже в стадии суб- и декомпенсации на фоне выраженных очаговых симптомов. Наличие головной боли отмечено у 47 (96,7%) больных. Трансформация головной боли в боли гипертензионного характера была отмечена лишь в 9 (18,4%) случаях . С возрастом жалобы на головную боль уменьшались: на каждые 5 лет увеличения возраста, количество пациентов с головными болями уменьшались примерно на 5%. Это объясняется с атрофическими проявлениями коры головного мозга у пациентов пожилого возраста.

Всем больным производилась оперативное вмешательство трепанация задней черепной ямки с удалением новообразования в зависимости от локализации процесса, с последующей вентрикулоцистерностомии по Торкильдсену справа при необходимости и выборе хирургического доступа к новообразованию.

По объёму удаления опухоли у 9 (18,4%) больных опухоль удалена тотально, у 35 (71,4%) - субтотально, в 5(10,2%) - частично.

Распределение по объему удаления астроцитом мозжечка

Таб. 5

Объем хирургического вмешательства	Количество проведенных операций с 2011 по 2013гг %	Послеоперационная летальность
Тотальное	9(18,4%)	-
Субтотальное	35(71,4%)	7
Частичное(биопсия)	5(10,2%)	-
Всего	49(100%)	7(14,2%)

В 6(12,2%) случаях тотальное удаление производилось при астроцитомах мозжечка с кистозным компонентом, а в 17 (34,5 %) - субтотально. При астроцитомах мозжечка без кистозного компонента, тотальное удаление произведено лишь в 3 (6,1%) случаях, субтотальное удаление в 18 (36,7%) случаях и в 5 (10,2%) случаях пришлось на долю частичного удаления, то количество пациентов, которые поступили в декомпенсированном состоянии. При этом общая послеоперационная летальность составила у 7(14,2%) .

Распределение по гистоструктуре

Таб. 6

Вид астроцитомы	Кол-во
анапластическая	26(53,1%)
дедифференцированная	6(12,2%)
Фибрилярно-протоплазматическая	11(22,4%)
астроцитома	5(10,2%)
диффузная	1(2,1%)

Из таблицы 6 видно, что наибольший процент встречаемости приходится на анапластическую астроцитому, которая относится опухолям высокой степени злокачественности опухолей головного мозга глиального ряда.

Прогноз восстановления адаптации к самообслуживанию больных прогрессивно ухудшался с возрастом. Среди пациентов, чей возраст превышал 70 ти лет, значительно чаще наступала

глубокая инвалидизация и послеоперационная социальная дезадаптация. К моменту выписки из стационара степень самообслуживания (Шкала Карновского) больных, снижалась в среднем от 5 до 18 баллов. Также анализ клинических наблюдений у пациентов пожилого и старческого возраста, позволил выявить частоту сопутствующей патологии: гипертонической болезни (ГБ) 2—4 стадии (до76%), атеросклероз сосудов головного мозга(65%), ишемическая болезнь сердца (63%), поражения вен нижних конечностей (до 36%), сахарного диабета 2-го типа (до23%).

К послеоперационным осложнениям часто присоединялись изменения в соматическом статусе, застойная пневмония, кровоизлияния в ложе опухоли, послеоперационная ликворея.

Одной из объединяющих причин послеоперационных осложнений являлись отек, вторичная ишемия ствола головного мозга, которая в конечном итоге приводит к дыхательной и сердечной недостаточности.

Вывод: Таким образом, ранняя диагностика, компенсированное состояние больного, способствует хорошему послеоперационному выходу с минимальными неврологическими изменениями. А также, качество жизни пациента зависит не только от возраста, от локализации процесса, но и от размера и степени злокачественности новообразования, от объёма хирургического вмешательства при астроцитомах мозжечка головного мозга у взрослых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лосев Ю.А.Эпидемиология первичных опухолей головного мозга в сельской местности (на модели Ленинградской области): Автореф. дис. канд. мед. наук. — СПб., 2003

2. Улитин А.Ю. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга среди населения крупного города и пути совершенствования организации медицинской помощи больным с данной патологией (на модели Санкт-Петербурга): Автореф. дис. канд. мед. наук. — СПб., 1997.,

3.Wrensh M.K., Minn Y., Bondy M.L.Epidemiology // Neurooncology. The Essentials. — New York, 2000. — Ch. 1. — P. 2—17,

4. Daumas-Duport C., Scheithauer B., O'Fallon J., Kelly P.Grading of astrocytomas. A simple and reproducible method // Cancer (Philad.). — 1988. — Vol. 62. — P. 2152—2165.

5. Журавлев А.В., Шершевер А.С., Белодед В.М. Магнитнорезонансная и компютерная томография в оценки результатов комплексного лечения глиальных опухолей головоного мозга. Материалы III съезда нейрохирургов России. Санкт-Петербург, 2002г.

6. Burger P.C., Vogel F S, Green S. B., et al.: Glioblastoma Multiforme and Anaplastic astrocitoma: Patologic and Prognostic Implications. Cancer 56: 1106-11. 1985.

УДК:616.718-089:617.58-085

ПРИМЕНЕНИЕ УСТРОЙСТВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Эгамкулов С.Н., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Шамшиметов Д.Ф.
(НИИ ТиО МЗ РУз)

Разработано и внедрено в клиническую практику новое устройство для остеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости. С применением нового устройства оперированы 68 больных с вертельными переломами бедренной кости. Удовлетворительные и хорошие результаты получены у 97,9%, неудовлетворительные – у 2,1% оперированных больных.

Ключевые слова: проксимальный отдел бедра, вертельные переломы, устройство, остеосинтез.

СОН СУЯГИ ПРОКСИМАЛ ҚИСМИ СИНИҚЛАРИДА МОСЛАМАНИ ҚЎЛЛАШ

Сон суягини проксимал қисмнинг синиқларини даволаш учун клиник амалиётга янги пластинка ишлаб чиқилди ва амалиётга тадбиқ қилинди. Шу ишлаб чиқилган пластинка ёрдамида сон суяги кўстлараро синиғи билан 68 бемор жарохлик усулида даволанди. Жарохлик муолажаси ўтказилган беморларда 97,9% яхши ва қониқарли натижа қайт қилинди, 2,1% қониқарсиз натижа қайт қилинди.

Калит сўзлар: Сон суягини проксимал қисми, кустлараро синиқлар, мослама, остеосинтез.

THE USE OF DEVICE OF THE CLINIC IN PROXIMAL FEMUR FRACTURES

A new device for osteosynthesis of proximal femoral fractures has been developed and introduced in clinical practice. 68 patients with femoral trochanteric fractures were operated on using the new

device. Satisfactory and good results were obtained in 97,9% of the patients operated, unsatisfactory results – in 2,1% of them.

Keywords: proximal femur, trochanteric fractures, a device, osteosynthesis.

Переломы проксимального отдела бедренной кости – тяжелые распространенные повреждения опорно-двигательного аппарата, лечение которых остается трудной социально-значимой медицинский задачей. Вертельные переломы бедренной кости составляют до 3-7% переломов костей скелета и более половины переломов проксимального отдела бедренной кости [1,6,11]. Многообразие видов переломов, тяжесть их течения, превалирование пострадавших старших возрастных групп со сниженной репаративной активностью и зачастую с осложненным соматическим статусом всегда представляло определенные трудности при выборе тактики лечения этого сложного контингента больных [2,5,12].Следует отметить, что к настоящему времени многие вопросы диагностики и лечения этих повреждений нашли должное отражение в публикациях отечественных и зарубежных авторов. Однако результаты лечения этой патологии все остаются довольно скромными. В определенной мере это обусловлено противоречивостью задач, стоящих перед травматологом. С одной стороны, следует иммобилизировать поврежденные сегменты на срок консолидации, с другой – реализовать принцип раннего функционального лечения и восстановить опорность конечности.Тактика лечения больных с вертельными переломами прошла несколько этапов и претерпела определенные изменения. Основным методом лечения являлся консервативный, заключавшийся в применении постоянного скелетного вытяжения. Несмотря на возможную консолидацию переломов вертельной области при консервативном лечении, результаты лечения не могли считаться удовлетворительными, так как во многих случаях консолидация происходила в порочном положении. Многие пациенты, если и переносили длительное скелетное вытяжение, за время постельного режима ослабевали, развивалась мышечная гипотрофия, контрактуры суставов, что во многих случаях приводило к малоподвижности [3,15].В настоящее время общепризнанно активное хирургическое ведение пациентов с переломами проксимального отдела бедра [4,7,13].Также на сегодняшний день остается актуальным вопрос о тактике оперативного лечения в этой зоне. За последние десятилетия накопилось множество научных трудов в пользу активного оперативного лечения. Учитывая убедительные данные и конечные результаты, представленные многими авторами, операции при вертельных переломах отнесены к категории выполняемых по жизненным показаниям наравне с медиальными переломами шейки бедра. Их частота в структуре травматизма, по данным разных авторов, достигает 6,0-17,5%. Одним из важнейших принципов оперативного лечения при вертельных переломах бедра является жесткая фиксация места перелома[9,10]. Несмотря на многообразие методов остеосинтеза, не всегда достигается стабильная и жесткая фиксация места перелома. При нестабильных вертельных переломах для удержания зоны перелома в достигнутом при репозиции положении до полной консолидации кости требуются чрезмерные требования к конструкциям, способным обеспечить жесткость фиксации на весь период лечения [5,8,14].Успехи в лечении этой патологии в течение нескольких десятилетий были связаны в основном с совершенствовании технических средств обеспечения оперативного вмешательства в направлении увеличения стабильности костных отломков. Более скромные успехи достигнуты в направлении профилактики и лечении трофических нарушений в травмированном суставе.

Материал исследования. При оперативном лечении переломов в проксимальном отделе бедренной кости используемый фиксатор должен обеспечивать высокую стабильность и надежность остеосинтеза на весь период лечения с сохранением опорной и двигательной функции конечности и восстановлением мобильности пострадавшего, возвращением его к активной жизни с первых дней после операции. При остеосинтезе многооскольчатых переломов вертельной области использование существующих фиксаторов не всегда обеспечивает благополучные результаты. Нами были разработано устройство для остеосинтеза вертельных переломов бедра.

В отделении компрессионно-дистракционного остеосинтеза НИИТО МЗ РУз с 2010-2013 г. наблюдались 68 больных с закрытыми переломами проксимального отдела бедренной кости. Из них мужчин -42, женщин - 26 в возрасте от 17 до 72 лет. Из всех переломов проксимального отдела бедренной кости было 28 медиальных, остальные - 40 были вертельными переломами. Все повреждения были свежими. При переломах проксимального отдела бедренной кости, а именно переломов вертельной области в НИИТО МЗ РУз был предложен новый вид пластинки для фиксации переломов вертельной области. Нами разработано устройство для остеосинтеза вертельных переломов бедра. Разработанное устройство для остеосинтеза переломов в вертельном отделе бедренной кости, состоит из фиксатора в виде металлической планки с отверстиями под шурупы и под скобы-флажки, антиротационного элемента в виде двузубой вилки на проксимальном конце, выполненной как одно целое с планкой и могущих иметь канавку для облегчения их изгиба по месту и по форме. Отверстия под спонгиозные винты и флажки имеют внутреннюю резьбовую часть для фиксации головки винта и флажков. Компрессирующий узел

выполнен ввиде двух спонгиозных винтов, закрепленных в средней части пластины. Хвостовики винтов имеют наружную резьбовую часть для фиксирования во внутреннюю резьбовую часть пластины. Спонгиозные винты представлены различного диаметра и имеют упорную резьбу с возможностью их размещения в теле головки и шейки бедренной кости. Отверстия для скоб-флажков имеют внутреннюю резьбу под винт. Отверстия под скоб-флажки расположены между отверстиями под шурупы, и их количество варьирует от 5 до 8, в зависимости от типо-размера планки. Скоба-флажок выполнена отдельно в виде дуги с двумя или тремя отверстиями, для крепления к планке и к кости. Скобы-флажки соединяются с помощью винта к отверстиям, имеющим внутреннюю резьбу под винт. Устройство имеет 5 типо-размеров.

Результаты и их обсуждение. При использовании данного устройства достигается следующий результат: Конструктивные особенности заявленного устройства (наличие двух компрессирующих винтов, размещенных в головке и шейке бедренной кости, конфигурация планки по форме наружно-боковой поверхности вертельной области и диафиза бедренной кости, наличие нескольких флажков и расположение двузубой вилки с полным охватом большого вертела и фиксацией его отломков) позволяют лечить многооскольчатые переломы проксимального отдела и верхней части диафиза бедренной кости.

Применение устройства мы считаем методом выбора при лечении переломов проксимального отдела бедренной кости. При простых чрезвертельных переломах вводили один спонгиозный винт в шейку и основание планки укрепляли шурупами и через боковые флажки с помощью шурупов фиксировали костные отломки.Результаты лечения оценивали на основании данных клинического и рентгенологического обследования пациентов до и после операции. Результат считался хорошим, если движения в тазобедренном и коленном суставах восстановились до исходного состояния, пациент не испытывал боли и не нуждался в средствах дополнительной опоры.

Удовлетворительным считали результат, если объем движений в тазобедренном или в коленном суставах уменьшился на 20% от исходного, появлялись незначительные боли после продолжительной нагрузки и пациент пользовался тростью.Неудовлетворительным считали результат, при котором пациент не может обходиться без костылей или объем движений в коленном и тазобедренном суставах составляет менее 80% от исходного.

Сроке наблюдения составили от 1 года до 3 лет. Консолидации переломов достигнута во всех случаях, несращений и ложных суставов не отмечалось. Пациенты выписывались на амбулаторное лечение в среднем через 12-15 дней после операции. Находясь на амбулаторном лечении, пациенты занимались реабилитацией: лечебной физкультурой, восстановительным лечением с постепенным увеличением нагрузки на оперированную ногу. Полная нагрузка разрешалась через 3-3,5 месяца после операции. Ближайший результат остеосинтеза расценен как хороший у 92,7% (61), удовлетворительный – у 5,2% (5), неудовлетворительный – 2,1% (2) больных.В качестве иллюстрации приводим следующие наблюдения.Больной Б., 60 лет, диагноз: закрытый многооскольчатый чревертельный диафизарный перелом правой бедренной кости со смещением костных отломков. Под спинальной анестезией произведена операция: остеосинтез правой бедренной кости описанным устройством. Послеоперационное течение без осложнений. Движений в тазобедренном и коленном суставах начаты с 5-го дня после операции, дозированная нагрузка на оперированную конечность – с 15 – го дня. Через 5 месяцев после операции больной не нуждался в дополнительных средствах опоры().Больной Д., 60 лет, диагноз: закрытый многооскольчатый перелом проксимального отдела правой бедренном кости со смещением костных отломков. Произведен остеосинтез правой бедренной кости устройством для вертельных переломов. Послеоперационном течение без осложнений. Движения в тазобедренном и коленном суставах начаты с 10- го дня после операции, дозированная нагрузка на оперированную конечность – с 20- го дня. Через 6месяцев после операции больной не нуждался в дополнительных средствах опоры.

Рис.1.Рентгенограммы тазобедренного сустава в прямой проекции больного Д. до и

после операции.

Рис.2. Рентгенограммы тазобедренного сустава в прямой проекции больного Б. до- и после операции и через 6 месяцев после операции.

ВЫВОДЫ

Предложенное нами устройство высокоэффективно при лечении многооскольчатых вертельных переломах, чрезвертельно-подвертельно-диафизарных оскольчатых переломах, чрезвертельных переломах, когда невозможно зафиксировать другими фиксаторами.

Применение данного устройства повышает надежность при многооскольчатых переломах проксимального отдела бедренной кости, предупреждает ротационные смещения.

Надежность фиксации дает возможность начать раннюю реабилитацию и быстро вернуться к активной жизни. Все это позволяет рекомендовать представленное устройство для широкого использования в травматологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения. М., 2002. – 480 стр.
2. Винокуров С.А., Магомедов А.Ю., Непомнящий В.Г., Магомедов Ю.А., Владзимирский А.В. Остеосинтез переломов проксимального отдела бедренной кости в отделении политравмы ДНИИТО.// Травма, 2011. – №12 (1). – С. 61-64.
3. Гильфанов С.И. Лечение переломов проксимального отдела бедра.//Автореф. дис. … док. мед. наук: 14.01.15 / Москва, 2010. –32 стр.
4. Еникеев Р.И., Сунаргулова Ф.Х., Бакулина И .А., Нурлыгаянов Р.З. Механические особенности якорных свойств винтов АО/ASIF для фиксации переломов у пожилых пациентов при вкручивании в остеопорозную кость // Клиническая Геронтология. 2006. - №9 (12). – С. 79.
5. Жанаспаев А.М., Жанаспаева Г.А., Султангереев А.Б. Совершенствование технологии лечения внесу ставного перелома проксимального отдела бедра. // Травматология и ортопедия. Астана, 2009. - №2. –Спец.выпуск. - С.203-205.
6. Жиляев Р.А., Тяжелов А.А., Зарицкий А.Б. Особенности кровоснабжения бедра как морфологическая основа тактики хирургического лечения переломов.// Ортопедия, травматология и протезирование. 2009. - №2. – С.27-29.
7. Загородский Н.В., Жармухамбетов Е.А. Хирургическое лечение вертельных переломов бедренной кости. // Российский медицинский журнал, 2006. - №2. – С. 18-19.
8. Кавалерский Г.М., Силин Л.JI., Дончепко С.В., Костюков В.В. Дифференцированный подход к лечению переломов шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста. // Медицинская помощь. 2005. - №1. – С.27-30.
9. Кобелев И.А. Оперативное лечение внесуставных переломов проксимального отдела бедренной кости аппаратом внешней фиксации у пациентов пожилого и старческого возраста (экспериментально-клиническое исследование).//Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.01.15 / Иркутск, 2012. – 23 стр.
10. Лазарев А.А, Лазарев А.Ф., Солод Э.И.. Лечение переломов проксимального отдела плечевой кости при остеопорозе. // Врач, 2011. - №7. – С.70-73.
11. Лазарев А.Ф., Солод Э.И., Рагозин А.О. Как поставить больного на ноги. Современные проблемы лечения переломов проксимального отдела бедренной кости у пожилых.// Медицинская газета, 2005.- № 44 (10.6.). – С.8-9.
12. Лазарев А.Ф., Солод Э.И., Рагозин А.О., Какабадзе М.Г. Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза. // Вестник травматологии и орто-

педии им. Н.Н.Приорова, 2004. - № 1. – С.27-31.
13. Ломтатидзе Е. Ш.,. Волченко Д.В, Поцелуйко С.В., Ломтатидзе В.Е., Ким Н.И., Грошев Ю.В., Круглов М.И., Попов Д.П. Комплексная оценка результатов хирургического лечения внутрисуставных переломов шейки бедренной кости. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, 2005. - № 3. – С.11-15.
14. Минасов Б.Ш., Якупов Р.Р., Ханин М.Ю., Минасов Т.Б. Выбор хирургических технологий при повреждениях проксимального отдела бедра.// Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. 2009. - № 3 (XV).- С.306-308.
15. Мурзабеков И.А. Остеосинтез и эндопротезирование проксимального отдела бедренной кости в пожилом и старческом возрасте.//Автореф. дис. … док.мед.наук:14.00.22/Москва, 2006. –32стр.

УДК:616.838.1:612.018:340.6

АНАЛИЗ КОМИССИОННЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ПОВОДУ СМЕРТЕЛЬНЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Мусурманкулов Ж.М.
(ТашПМИ)

Экспертиза смертельной черепно-мозговой травмы представляет большие трудности при установлении механизма, орудия и обстоятельств её возникновения. Тем не менее, экспертная практика показывает, что большинство проводимых судебно-медицинских исследований по поводу смертельных черепно-мозговых травм проводится с грубыми нарушениями норм и инструкций, что приводит к снижению их объективности и доказательности.

При проведении 12 комиссионных экспертиз недостатки были выявлены практически на всех этапах судебно-медицинского исследования трупа, начиная с места обнаружения трупа и вплоть до заключения эксперта.

Соблюдение общепринятого алгоритма исследования в диагностике смертельных ЧМТ может предотвратить от частых ошибок судебно-медицинских экспертов.

Ключевые слова: Комиссионная экспертиза, черепно-мозговая травма, исследование трупа.

БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАРИДА ЎЛИМ СОДИР БЎЛГАН ҲОЛАТЛАРДАГИ КОМИССИОН ЭКСПЕРТИЗАЛАРНИНГ ТАХЛИЛИ

Бош мия жароҳатларида ўлим содир бўлган ҳолатларда экспертиза ўтказишда жароҳатнинг механизми, келиб чиқиш ҳолати ва предметига аниқлик киритиш катта қийинчиликлар келтириб чиқаради. Шунга кўра экспертиза амалиёти кўрсатадики, бу борада ўтказилган суд-тиббий текширишлар меъёр ва кетма-кетлик тартибининг қўпол бузилишлари эксперт лари объективлигининг пасайишига олиб келади.

Ўтказилган 12 та комиссион экспертизаларда мурдани суд-тиббий текширишларининг деярли барча поғоналарида: мурда топилган жойидан бошлаб, токи экспертизаси тўлдирилишигача камчиликлар аниқланди. Ташхислашда умумэътироф этилган текшириш алгоритмига риоя қилиш ўлим кузатилган бош мия жароҳатлари суд-тиббий экспертизасидаги хатоликларни олдини олади.

Калит сўзлар: хайъат экспертизаси, бош мия жароҳатлари, мурдани текшириш.

ANALYSIS OF THE COMMISSION ON THE EXPERTISE DEADLY TRAUMATIC BRAIN INJURY

Examination of fatal traumatic brain injury presents great difficulties in establishing the mechanism, tools and circumstances of its occurrence. However, expert evidence shows that most of the ongoing forensic investigation regarding fatal head injuries is conducted with gross violations of rules and regulations, which reduces the objectivity of evidence and expert opinion.

In conducting examinations commission 12 defects were found in almost all stages of the forensic examination of the corpse: from the place of discovery of the body and up to the writing of expert opinion.

Compliance with the conventional algorithm in the diagnosis of fatal head injury can be prevented by frequent errors by forensic experts.

Key words: Commission expertise, traumatic brain injury, post-mortem examination.

Актуальность. В структуре травматизма черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает одно из

лидирующих мест. По данным А.Н.Коновалова и соавт. (1998), средняя частота составляет 4 случая на 1000 населения во всех развитых странах мира [4, 5, 7].

В течение последних лет особое внимание уделяется возрастным аспектам черепно-мозговой травмы. ЧМТ является одной из главных причин смертности и заболеваемости среди детей и людей молодого возраста. В США ежегодная частота ЧМТ составляет 125-185 на 100000 детей, а смертность от ЧМТ у детей ниже, чем у взрослых [1, 9, 11]. Риск смертности от ЧМТ у детей ниже потому, что у них реже встречаются внутричерепные кровоизлияния (эпи- и субдуральные гематомы, субарахноидальные кровоизлияния) [2, 3, 6, 10].

В первую очередь страдает нейродинамика, т.е. происходят нарушения сознания. Это наиболее убедительный симптом травмы головного мозга. Нарушение сознания (от лёгких до глубоких степеней) свидетельствует о непосредственном влиянии травмирующей силы на нейрональные (клеточные) процессы и синаптический аппарат мозга.

В.С.Челноков, Е.В.Ильина (2001) изучали динамику посттравматического процесса при ЧМТ и исследовали мягкие ткани головы, в том числе, субдуральные и субарахноидальные кровоизлияния, а также очаги ушибов различных отделов головного мозга у 150 трупов лиц, погибших от ЧМТ в сроки от нескольких минут до 9 суток. По данным авторов, наиболее полную и достоверную картину даёт комплексное изучение мягких тканей головы, твёрдой и мягкой мозговых оболочек, а также вещества головного мозга гистологическими, гистохимическими, нейрогистологическими и другими методами исследования. Патоморфологические изменения, происходящие в мягких тканях головы, оболочках и веществе головного мозга, находятся в определенной зависимости от срока возникновения повреждений и могут быть использованы при определении давности черепно-мозговой травмы [8].

Эта нозология является предметом исследования судебно-медицинской науки и практики. Однако, несмотря на большое количество работ по этой травме, её посмертная диагностика, как показали наши исследования, осуществляется в нашей Республике ещё на недостаточном уровне.

Цель исследования. Изучение результатов анализа комиссионных экспертиз по поводу смертельных черепно-мозговых травм.

Материал и методы. Нами проведён ретроспективный анализ 12 комиссионных экспертиз по г. Ташкенту за 2009-2012 г.

Результаты и обсуждение. В ходе проведения комиссионных экспертиз, недостатки были выявлены практически на всех этапах диагностики: описания трупа на месте происшествия, «у секционного стола», при заборе материала на проведение дополнительных исследований, а также при составлении заключения эксперта.

Анализ протоколов осмотра трупа на месте происшествия, фототаблиц, составленных на месте происшествия (любезно предоставленных нам экспертами криминалистами), а также сравнения описаний повреждений с протоколами исследования трупа выявили следующие несоответствия:

– При наличии крови на лице, в носовых ходах, на голове и на одежде, зафиксированном на фотографиях, отсутствует их описание как в протоколе осмотра места происшествия, так и в последующих исследованиях трупа;

– Описанные повреждения на голове и теле трупа не всегда соответствовали по локализации повреждениям, отражённым в прилагаемых фотографиях;

– Формы и размеры повреждений (наружных) не соответствовали их описаниям в протоколе осмотра места происшествия.

При наружном исследовании трупа только в трёх экспертизах была указана более точная анатомическая локализация повреждений с проведением соответствующих измерений. Во всех остальных случаях констатировалась лишь общая анатомическая локализация (например, в лобной области, на щеке, на подбородке и т.д.). В большинстве экспертиз, при описании локализации повреждений, использовалась некорректная с экспертной позиции терминология: «вокруг глаза», «под глазом», «на лбу в центре» и др. Также не в полном объёме описывались морфологические свойства повреждений, что не позволяло достоверно выразить суждение о виде повреждений и давности их возникновения, а в двух случаях были зафиксированы, как повреждения, «отёк век», «отёк губ», «бледность носогубного треугольника». В большинстве случаев не описывались состояние стенок ран, поверхности ссадин (регистрировалось лишь наличие корочки, без указания её характера), не указывался цвет кровоподтёков, что исключало возможность определения направления воздействия и давность повреждений.

Наибольшее количество ошибок и недостатков было допущено при внутреннем исследовании трупа:

– При наличии внутричерепных гематом, описание их характера ограничивалось объёмом и цветом свёртка, не проводился забор гематомы на судебно-химическое исследование для определения наличия и количественного содержания алкоголя, метгемоглобина, карбоксигемо-

глобина;

– Твёрдая мозговая оболочка ни в одном случае не была направлена на судебно-химическое исследование;

– Во всех анализируемых случаях забор кусочков головного мозга проводился не в полном объёме;

– Не изымались целенаправленно сосуды головного мозга на гистологическое исследование;

– Исследование мягких тканей лица и костей лицевого черепа по Медведеву не было проведено ни в одном случае;

– Только в одном случае целенаправленно были исследованы мягкие ткани шеи, по задней поверхности шеи, и шейные позвонки;

– Только в одном случае были вскрыты мягкие ткани спины, но ни в одном случае не был вскрыт позвоночный канал с описанием состояния оболочек и вещества спинного мозга;

– Только в двух случаях вскрывались придаточные пазухи черепа;

– За исключением двух экспертиз, фототаблицы и схемы с изображением повреждений не составлялись.

Судебно-гистологическое исследование проводилось во всех экспертизах. С учётом вышеперечисленных недостатков макроскопического исследования и недостаточности изъятых кусочков оболочек и ткани головного мозга при гистологическом исследовании лишь констатировалось наличие или отсутствие повреждений, а также выраженность ответных реакций (в основном экссудативно-пролиферативных). В одном случае формалиновый пигмент на поверхности твёрдой мозговой оболочки был расценен как давняя субдуральная гематома.

Анализ «Заключений экспертов» так же выявил грубые нарушения как при составлении судебно-медицинского диагноза и выводов, так и процессуальных норм. Например, в одном случае в судебно-медицинском диагнозе экспертом была выставлена, как основная причина смерти тупая сочетанная травма, а в подтверждение диагноза было написано … «смотри историю болезни и раздел «повреждения» наружного исследования трупа». В другой экспертизе выводы носили констатирующий характер без какого-либо обоснования. В третьей, в материалах дела, имелось три варианта «Заключения эксперта», различающихся по содержанию.

Вывод. Приведённые данные свидетельствуют о справедливости участившихся случаев критики в отношении проведённых судебно-медицинских экспертиз, как со стороны обвинения, так и со стороны защиты, так как невыполнение общепринятого алгоритма исследования в диагностике одного из актуальных видов травмы ведёт к снижению доказательной базы «Заключения эксперта».

ЛИТЕРАТУРА

1. Акмалов А.С., Касымов Х.Р. Отличительные особенности клиники и течения черепно-мозговой травмы у детей. //Журнал теоретической и клинической медицины. – Т., 2000. – № 3. – С. 32-35.
2. Бадмаева Л.Н. Лабораторные методы установления давности черепно-мозговой травмы в судебной медицине. //Судебно-медицинская экспертиза. – М., 2003. – № 1. – С. 37-39.
3. Карахан В.Б. Черепно-мозговая травма //Журнал Врач. - М., 1998. - №4. - С. 9-13.
4. Когоян А.А., Мартемьянова А.А. //Судебно-медицинский журнал. – Барнаул-Новосибирск, 2011. – Вып. 17.
5. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. – М.: Антидор, 1988. – 550 с.
6. Крылов В.П., Лебедев В.В. Черепно-мозговая травма //Журнал Врач. - М., 2000. - №4. - С. 13-18.
7. Лихтерман Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы. – М., 2009. – 385 с.
8. Челноков В.С., Ильина Е.В. Патоморфологические изменения при черепно-мозговой травме //Журнал судебно-медицинская экспертиза. - М., 2001. - №1. - С.7-9.
9. Bigler E D. Neuropsychological results and neuropathological findings at autopsy in a case of mild traumatic brain injury //J. Int. Neuropsychol Soc. -2004. - №10(5). – P. 794-806.
10. Lewis DW, Qureshi F. Acute headache in children and adolescents presenting to the emergency department // Headache. – 2000. – vol.40(3). – P. 200-203
11. Ommaya A.K, Goldsmith W, Thibault L. Biomechanics and neuropathology of adult and paediatric head injury //Br J Neurosurg. – 2002. - vol.16(3). – P. 220-42.

УДК: 616.717-001-089.84-053.2

МЕТОДИКА СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В СИСТЕМЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Рахманов Р.Д.
(НИИ ТиО МЗ РУз)

В клинике детской травматологии разработаны и внедрены методы стабильно-функционального остеосинтеза переломов головки мыщелка и внутреннего надмыщелка плечевой кости, позволяющих достичь стабильной и устойчивой фиксации и ранних движений в поврежденном суставе. Наш опыт применения стабильно-функционального остеосинтеза у больных с переломами плечевой кости вблизи локтевого сустава позволяет рекомендовать его как перспективный метод особенно при множественных переломах и сочетанных повреждениях, при неправильно срастающихся переломах.

Ключевые слова: переломы у детей, остеосинтез, плечевая кость.

БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИ ДИСТАЛ ҚИСМИ СИНИШЛАРИНИ ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШ ТИЗИМИДАГИ СТАБИЛ-ФУНКЦИОНАЛ ОСТЕОСИНТЕЗ УСУЛИ

Болалар травматологияси клиникасида елка суяги бўғим юзи бошчаси ва ички дўнглигини синишларида стабил ва мустахкам, ҳамда жароҳатланган бўғимда эрта харакатни бошлашга имконият берадиган стабил-функционал остеосинтез усуллари ишлаб чиқилди ва тадбиқ этилди. Беморларнинг тирсак бўғими атрофидаги елка суяги синишларида стабил-функционал остеосинтез усули қўлланилиши бўйича бизнинг тажрибамиз, бизга уни перспектив усул деб тавсия қилиш имконини беради, айниқса кўп сонли ва аралаш жароҳатларда, нотўғри битаётган синишларда.

Калит сўзлар: болаларда синишлар, остеосинтез, елка суяги.

THE METHOD STABLE-FUNCTIONAL OSTEOSYNTHESIS IN THE SISTEM OF THE OPERATIVE TREATMENT OF THE DISTAL HUMERAL FRACTURES IN CHILDREN

We have introduced methods of the stable-functional osteosynthesis for fractures of the capitulum and medial epicondyle humerus allowing achievement of stable fixation and onset of the early movements in the injuried joint. Our experience of the use of the stable-functional osteosynthesis in the patients with humerus fractures near the elbow joint allows recommendation of this method as perspective method particularly in multiple fractures and associated injuries and malunion fractures.

Key words: fractures, children, osteosynthesis, humerus.

Актуальность проблемы. Переломы в области локтевого сустава у детей встречаются довольно часто и являются одной из актуальных проблем современной травматологии. Среди переломов области локтевого сустава у детей особое место занимают переломы головки мыщелка плечевой кости, которые составляют более 17,4% среди всех переломов локтевого сустава [1], а по частоте неблагоприятных исходов данные переломы занимают одно из первых мест [2,3,4]. В свою очередь несвоевременная диагностика и неправильное лечение переломов внутреннего надмыщелка плечевой кости часто приводит к развитию контрактур и анкилозов локтевого сустава, требующих оперативного лечения [4].

Лечение переломов дистального конца плечевой кости представляет сложную, трудную задачу и нередко заканчивается деформациями, ограничением и даже потерей функции локтевого сустава.

Несмотря на наличие большого количества методов лечения переломов дистального конца плечевой кости у детей, ни одна из них не является универсальным, менее травматичным, и не позволяет добиться стабильной фиксации костных отломков при раннем функциональном лечении.

Исходя из вышесказанного целью исследования является улучшение результатов оперативного лечения переломов дистального конца плечевой кости у детей путем разработки и применения более удобных и легких устройств для внешней фиксации, обеспечивающих стабильную фиксацию отломков и сохранение функции суставов.

Материал и методы исследований. Для решения поставленной цели нами в клинике детской травматологии разработаны и внедрены методы стабильно-функционального остеосинтеза переломов головки мыщелка и внутреннего надмыщелка плечевой кости, позволяющих достичь стабильной фиксации и начала ранних движений в поврежденном суставе. При лечении данных переломов плечевой кости предшествующие наблюдения показали, что применение одной лишь спицы Киршнера с целью остеосинтеза полностью не обеспечивают стабильности перелома, необходимой для проведения ранних движений при этих повреждениях.

Суть разработанной нами методики остеосинтеза переломов головки мыщелка плечевой кости состоит в следующем. Под наркозом на задней поверхности нижней трети плеча по на-

ружному краю сухожилия трехглавой мышцы с переходом на верхнюю треть предплечья проводится продольный разрез длиной 6-7 см и послойно вскрывается локтевой сустав. Удаляются сгустки крови и участки разорванной капсулы, и выделяется место перелома головки мыщелка плечевой кости, освежают поверхности излома на отломках, и после чего головку мыщелка сопоставляют и проводят 3 спицы с упорной площадкой. Первая спица проводится снаружи кнутри во фронтальной плоскости через ядро окостенения головки мыщелка вне зоны роста, вторая спица с упорной площадкой проводится через головку мыщелка плечевой кости в сагиттальной плоскости снаружи кнутри и кверху под углом 45° к сагиттальной оси плечевой кости, третья спица с упорной площадкой проводится во фронтальной плоскости над внутренним мыщелком плечевой кости снутри кнаружи до упора площадки в костную ткань. Далее все спицы укрепляют в натянутом состоянии на спицедержателях со стороны, противоположной упорным площадкам, и визуально убедившись в фиксации отломков, создают дозированную компрессию по плоскости перелома.

Недостатки различных способов лечения переломов внутреннего надмыщелка плечевой кости у детей, высокий процент несращений и связанных с ними осложнений, побудили нас разработать и внедрить в клиническую практику методику лечения, сущность которого заключается в том, что оторванный надмыщелок фиксируется к материнскому ложу с помощью двух параллельно расположенных спиц с упорными площадками. Спицы проводят встречно и укрепляют в натянутом состоянии на спицедержателях, визуально убедившись в фиксации отломков, создают дозированную компрессию по плоскости перелома.

Результаты и обсуждение. Разработанные нами методы стабильно-функционального остеосинтеза переломов головки мыщелка и внутреннего надмыщелка плечевой кости применены у 47 детей в возрасте от 1,5 до 14 лет, находившихся на обследовании и лечении в отделении детской травматологии НИИТО МЗ РУз.

После наложения устройства больные переводятся в палату для дальнейшего наблюдения и лечения, в течении 1-2 дней соблюдается постельный режим, а оперированной конечности придается возвышенное положение. Сроки фиксации устройством зависят от характера перелома, возраста пострадавшего и тяжести повреждения.

Разработанные нами методы стабильно-функционального остеосинтеза позволяют с первых дней после операции проводить активные движения в локтевом суставе. Применяемое устройство обеспечивает возможность эффективного лечения переломов головки мыщелка и внутреннего надмыщелка плечевой кости у детей, оно удобно для использования и весит меньше, так как состоит из композитных материалов, которые являются малозатратными, рентгенопроницаемыми и более легкими. Операция, проведенная с его помощью, менее травматична, а главное достоинство этого устройства то, что при его применении повышается обзорность места перелома.

Приведем пример клинического наблюдения.

Пример 1. Больной Ш.Ш., 8 лет, и.б. №5441 поступил в отделение с жалобами на деформацию и ограничение движений в левом локтевом суставе. Из анамнеза травму получил за 1 час до поступления в результате падения на левый локоть, самотеком обратился в экстренное отделение института травматологии. При поступлении определяется деформация и ограничение движений в правом локтевом суставе. На рентгенограмме, произведенной в прямой и боковой проекциях определяется остеоэпифизеолиз головки мыщелка левой плечевой кости со смещением костных отломков (рис.1), на 4 сутки после поступления больной прооперирован (рис.2,3) с применением стабильно-функционального остеосинтеза по разработанной методике.

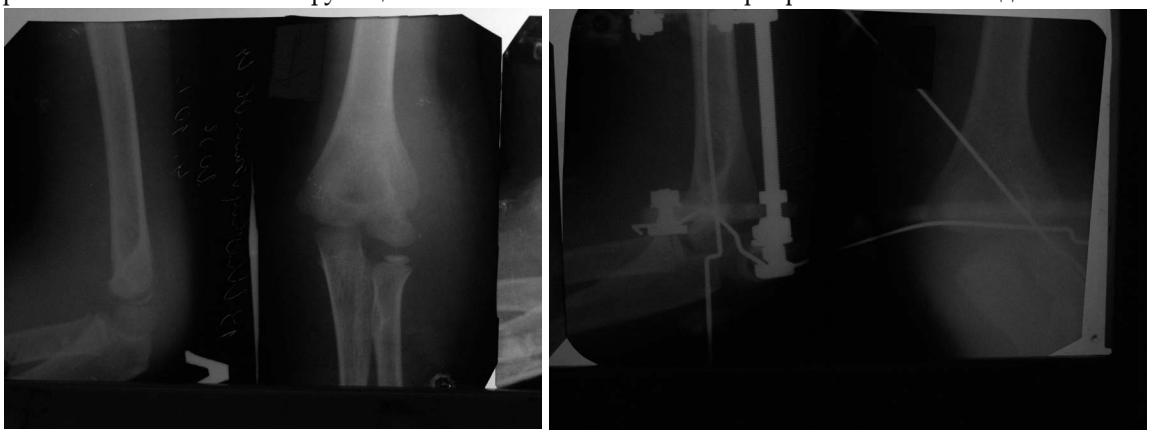


Рис. 1,2. Больной Ш.Ш., 8 лет. Рентгенограмма при поступлении и после операции.

Рис. 3. Больной Ш.Ш., 8 лет с устройством.

Анализ результатов лечения переломов внутреннего надмыщелка плечевой кости у детей показывает, что при раннем и правильном лечении у большинства больных полностью восстанавливается нормальная анатомия и функция поврежденной конечности. Наиболее лучшие результаты дает применение стабильно-функционального остеосинтеза при помощи устройства, предложенного нашей клиникой (патент на полезную модель № FAP 00794).

При изучении отдаленных результатов лечения переломов дистального отдела плечевой кости анатомо-функциональные показатели оценивали по клинико-рентгенологическим данным. Отдаленные результаты изучены у 27 больных в сроки от 6 месяцев до 5 лет после травмы. Хороший исход (полный объем движений в суставах, отсутствие деформации) отмечен у 23 больных. Удовлетворительный (полный объем движений, в ряде случаев жалобы на боли в суставе при перемене погоды) – у 4 больных.

Таким образом, наш опыт применения стабильно-функционального остеосинтеза у больных с переломами плечевой кости вблизи локтевого сустава позволяет нам рекомендовать его как перспективный метод особенно при множественных переломах и сочетанных повреждениях, при неправильно срастающихся переломах.

Выводы:

1. В случаях оперативного лечения переломов дистального конца плечевой кости у детей наиболее рациональным является использование щадящих и атравматичных способов фиксации. При этом благодаря своей атравматичности и обеспечению стабильной фиксации наиболее эффективным методом лечения является стабильно-функциональный остеосинтез при помощи устройства, предложенного нашей клиникой.

2. При применении данной методики создается возможность точной репозиции и стабильной фиксации отломков, как при свежих, так и застарелых неправильно срастающихся переломах дистального конца плечевой кости. В свою очередь, точная репозиция, стабильная фиксация и раннее полноценное функциональное лечение создают оптимальные условия для полного анатомо-функционального восстановления пострадавших в наиболее короткие сроки, совместить по времени периоды сращения и функционального восстановления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выбор лечебной тактики при переломах головки мыщелка плечевой кости у детей /А.Н.Чижик-Полейко, В.Л.Мякушев, М.В.Мякушев, В.Б.Шалагинов и др. // Акт. проблемы детской травматологии и ортопедии: Материалы научно-практической конф. детских травматологов-ортопедов России с международным участием. – Санкт-Петербург, 2007. – с.113-114.

2. Овсянкин Н.А. Ошибки и осложнения при лечении детей с повреждениями локтевого сустава // Заб. и повр. верхних конечностей у детей.- Л.- 1988.- с.128-132.

3. Сыса Н.Ф. Ошибки и осложнения при лечении повреждений локтевого сустава у детей // Ошибки и осложнения диагностики и лечения заб. опорно-двигательного аппарата у детей. - Л.- 1986.- с.54-62.

4. Сыса Н.Ф. Посттравматические ложные суставы костей верхней конечности у детей // Патология крупных суставов и др. акт. вопр. детской травматол. и ортоп.: Мат. симп. детских ортопедов-травматологов.- Санкт-Петербург.- 1998.- с.90-92.

УДК 616.37-002-036.12-08

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЬФА-ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Солиева Н.А., Садыкова С.И., Рустамова М.Т.
(ТМА)

В работе проводилось изучение эффективности терапии с использованием а-липоевой кислоты (Диалипон, «Фармак» Украина), больных хроническим билиарным панкреатитом (ХБП), - 1 группа – 20 человек; 2 «контрольную» группу составили 20 больных хроническим билиарным панкреатитом (ХБП), получающих только традиционную терапию. Исследованиями подтверждены результаты положительного влияния **Диалипона** у больных хроническим панкреатитом билиарной этиологии, с улучшением клинического состояния и нормализацией биохимических параметров. Применение препарата улучшает качество жизни больных данной патологии. На основании полученных данных можно рекомендовать широкое применение **Диалипона** больным с хроническими холециститами и панкреатитами.

Ключевые слова: хронический билиарный панкреатит, а-липоевая кислота, хронический холецистит, лечение, биохимические параметры.

БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ДАВОЛАЩДА АЛЬФА-ЛИПОЯ КИСЛОТАНИ ҚЎЛЛАНИЛИШ САМАРАСИ

«Фармак» Украина фармацевтика компаниясининг янги дори воситаси - Диалипонни қўлланилиши ҳозирги кунда шифокорлар орасида катта қизиқиш уйғотаяпти. Диалипон – эритма бўлиб, б -липоя кислотасининг меглюмин тузини ўз ичида сақлайди. Ушбу ишда сурункали билиар панкреатит билан ҳасталанган ортиқча вазнга эга бўлган 20 беморда диалипонни қўлланилишининг самарасини сурункали билиар панкреатит билан ҳасталанган ортиқча вазнга эга бўлган ва традицион даволанган 20 беморга нисбатан ўрганилди. Ўтказилган текширувлар натижасида сурункали билиар панкреатит билан ҳасталанган ортиқча вазнга эга бўлган беморларда **Диалипонни** ижобий таъсирга эгалиги тасдиқланди. Айниқса ушбу дори воситани қўлланишда беморларни ҳаёт сифати яхшиланди. Беморларда клиник ҳолат ва биохимик текширувлар Диалипон қўллаш натижасида яҳшиланди. Олинган натижаларга таяниб **Диалипонни** ёғли гепатоз, холецистопанкреатит, ўт тош касаллиги бор беморларга кенг қўлланилиши тавсия этилади.

Калитли сўзлар: сурункали билиар панкреатит, а-липояли кислота, сурункали холецистит, даволаш, биохимик кўрсаткичлар.

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF USE A-LIPOIC ACID (DIALIPON) IN TREATMENT BILIOUS PANCREATITIS

Special interest was caused by application of a new preparation of Ukrainian pharmaceutical company “Farmak” - Dialipon, the solution for injections which represents meglumine salt a- lipoic acid. In work was studied the efficiency of therapy at 20 patient sick by chronic bilious pancreatitis (CBP), which had excess weight of a body with use a- lipoic acid (Dialipona) in comparison with the basic therapy at 20 patients with the same diagnosis without application Dialipon. Use of this drug is increasing quality of life of the patients. By the spent researches results of positive influence Dialipon at sick of a chronic pancreatitis bilious the etiologies, having superfluous mass of a body, with improvement of a clinical condition and normalization of biochemical parameters were confirm. On the basis of the received data it is possible to recommend wide application Dialipona for patients with a fatty heptoses of a liver of various degree, cholecystopancreatitis, gallstone disease.

Key words: chronic bilious pancreatitis, a- lipoic acid, chronic cholecystitis, treatment, biochemical parameters.

Широко распространенным заболеванием желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является хронический панкреатит (ХП), частота которого неуклонно растет, составляя в настоящее время от 5,1 до 9 % в структуре заболеваний ЖКТ (Багненко С.Ф. , 2001г.). Одним из тяжелой формой ХП считается хронический билиарный панкреатит (ХБП), который относится к заболеваниям, имеющее прогрессирующее течение с высоким уровнем болевых ощущений, различными диспепсическими расстройствами, требующее от пациента пожизненного соблюдения диетического режима, порой постоянной заместительной и обезболивающей терапии (7,8,10). Клиническими проявлениями ХБП являются снижение работоспособности, повышенная утомляемость, снижение настроения, бодрости, а при прогрессировании нарушений функции ПЖ возникает комплекс нарушений, обусловленных наличием стойкого болевого, диспепсического синдромов(1,3,5,8). Эти симптомы в свою очередь отягощают качество жизни (КЖ) пациентов. По современном представлении а-липоевая кислота является витаминоидом, основная

роль которого - участие в окислительно-восстановительных процессах цикла трикарбоновых кислот (цикл Кребса) в качестве кофермента, оптимизируя реакции окислительного фосфорилирования. Липоевая кислота играет важную роль в утилизации углеводов и осуществлении нормального энергетического обмена, улучшая "энергетический статус" клетки(4,5,6,8). а-Липоевая кислота обладает выраженными антиоксидантными свойствами и может работать в качестве антиоксиданта как в жирорастворимых, так и в водорастворимых средах. Как известно, свободные радикалы (супероксид анион O_2-, гидроксильный радикал ОН- и др.) оказывают выраженное токсическое воздействие на различные ткани. Благодаря широкому спектру действия на организм (влияние на обмен жиров, белков, углеводов, систему оксида азота, антиоксидантные свойства) а-липоевая кислота нашла широкое применение при лечении таких заболеваний как острый и хронический гепатит, цирроз печени, жировая дистрофия печени, алкогольная болезнь печени, холецистита, панкреатитов, атеросклероза, гипертонической болезни, диабетических поражений органов и тканей, интоксикаций. Особый интерес вызвало применение нового препарата – Диалипон («Фармак» Украина), который представляет собой меглюминовую соль а-липоевоевой килоты.

Целью нашего исследования явилась оценка лечения хронического билиарного панкреатита с добавлением к основной терапии альфа-липоевой кислоты (Диалипон) .

Материалы и методы исследования. В работе проводилось изучение эффективности терапии с использованием а-липоевой кислоты (Диалипон) больных хроническим билиарным панкреатитом (ХБП). Диагноз выставлялся на основании жалоб больного анамнеза, объективных данных, результатов лабораторно-инструментальных исследований (УЗИ желчного пузыря, печени и поджелудочной железы, биохимические анализа , копрология, амилаза в крови и элластаза в кале).

Больные были разделены на 2 группы : 1 группа больных с хроническим панкреатитом билиарной этиологии, которые получали традиционную терапию и диалипон в дозе 600 мг(ампулах, 10 мл в\в в разведении с 200 мл физ.раствора, 1 раз в сутки в течении 10 дней.), в количестве 20 человек (12 женщин и 8 мужчин) в возрасте 40,8 ± 7,8 лет. Длительность заболевания составляла 3,5±2,2 лет. Во 2 -ю контрольную группу входили больные хроническим билиарным панкреатитом (ХБП), которые получали только традиционную терапию (ферментный препарат, ИПП, спазмолитик) в количестве 20 человек (12 женщин и 8 мужчин), в возрасте 41 ± 8,1 лет. Длительность заболевания составляла 3,9±1,7 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении 1 клиники Ташкентской Медицинской Академии.

Обследование больных включало: физикальное обследование; клинический анализ крови; биохимическое исследование крови; ультразвуковое исследование органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа); эндоскопическое исследование (эзофагогастродуоденоскопия - выборочно), определение индекса Кетле,

Результаты исследования и их обсуждение. До начала исследования все 40 больных (100%) предъявляли жалобы на боль в эпигастральной области, в правом или в левом подреберье, опоясывающего характера, боли были связаны с приемом пищи или возникали на фоне приема алкоголя. В 1 группе больных у 15 (75%) больных отмечался метеоризм, у 18 (90%) – тошнота, у 14 (79%) – стеаторея.(рис.1)Во 2 группе у 16 (80%) больных отмечался метеоризм, у 17 (85%) – тошнота, у 14 (79%) – стеаторея .(рис.1)

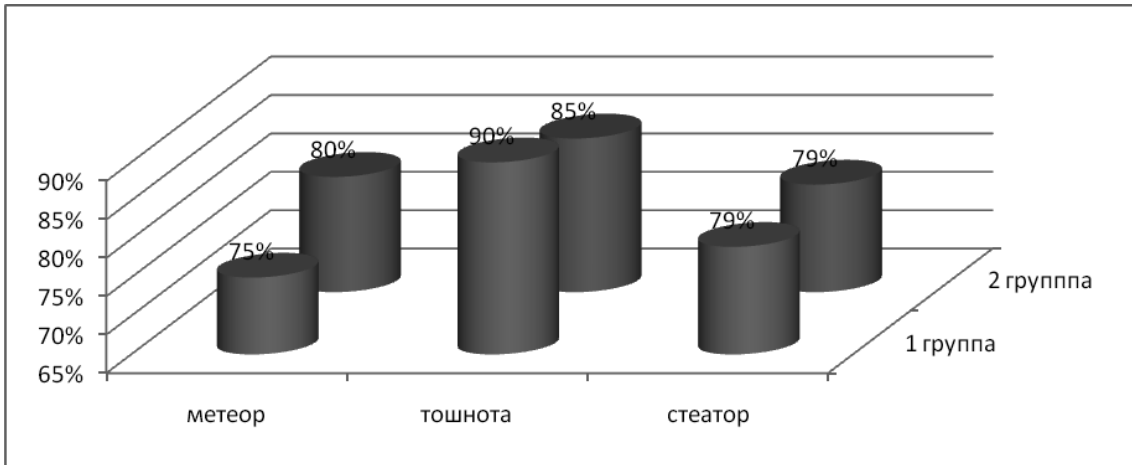


Рисунок 1

Клинические симптомы в 1 и во 2 группах обследуемых до лечения

При биохимическом исследовании были выявлены увеличения показателей AST, ALT, g-ГТП, билирубина, белковых фракций, а также повышения уровня амилазы сыворотки крови и в моче, элластазы в кале у всех 40 (100%) пациентов.При проведении УЗИ печени у 100% обследуемых был установлен диагноз жировой гепатоз печени I и IIстепени. На наш взгляд, это связано с наличием избыточного веса у данных больных (индекс массы тела колебался в пределах 25-30 кг\мI) .

До лечения в 100% случаев отмечалось снижение уровня качества жизни по различным показателямЧерез 2 недели в 1 группе, после проведенной комплексной терапии в сочетании с **Диалипоном** клинически отмечалось значительное улучшение состояния пациентов. Больных не беспокоила слабость, повысилась работоспособность, улучшился сон, восстановился аппетит, исчезла тяжесть в правом подреберье, тошнота и горечь во рту, наблюдалось статистически достоверное уменьшение интенсивности болей (p<0,05), так у 17 (85%) пациентов болевой синдром был купирован, у 3 (15%) – боль стала непостоянной и слабовыраженной. Метеоризм исчез у 14 из 20 (70%) обследованных, тошнота осталась только у 5 (25 %) пациентов, стеаторея прекратилась у 15 больных (75%). Пациентам значительно расширили диету.Во 2 группе, в ходе традиционного лечения отмечалось купирование болевого синдрома в 15 (75%)случаях, у 5 (25%) – боль стала непостоянной и слабовыраженной. Метеоризм остался у 8 (40%) обследованных, тошнота отмечалась у 4 пациентов (20%) , стеаторея присутствовала у 3 (15%).

При изучении уровня показателей крови у больных двух групп мы получили следующие результаты(таб.2):

Таблица 2

Биохимические показатели крови до и после лечения

Группа	Показатели							
	Амилаза крови		Билирубин		АЛТ		АСТ	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1	36 ±2,3г\л	30±1,5г\л*	29,5±1,8	18±1,5*	0,9±0,045	0,4±0,01*	0.68±0,03	0,54±0,012
2	34 ±1,9г\л	32 ±1,7г\л	28,3±2,1	21±1,4	0,85±0,06	0,6±0,08	0,65±0, 04	0,53±0,02

Примечание : * достоверность показателей по отношению к исходным p <0,05.

При анализе результатов исследования, выполненном у больных с ХБП с помощью SF-36, было также выявлено достоверное снижение КЖ, по сравнению с лицами получающими на фоне основной терапии Диалипон, в основном обусловленное снижением уровня физического функционирования (21,4 от 37,8; p<0,05). При применении у больных с ХБП, получающих и неполучающих Диалипон, общего опросника SF-36 была обнаружен сильная корреляции между шкалами боли (г = 0,56; p < 0,001). У больных не получавших Диалипон была выявлена достоверная отрицательная корреляция между показателями физической работоспособности и уровнем боли (г = -0,432; p < 0,01). В ходе анализа полученных нами результатов обнаружена достоверная отрицательная корреляция (г = -0,353; p=0,017) показателей физического функционирования от проводимой терапии (ниже КЖ по этой шкале пациентов 2 группы). Показатели по шкалам роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, общее здоровье, жизнеспособность, социальная активность и влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование (РЭФ) достоверно отрицательно коррелировали с проводимой терапией обострения ХБП по Glasgow (Imrie), (1997) (г = -0,401; -0,463; - 0,433; -0,432 и -0,361 соответственно, p < 0,01).Таким образом, при применении препарата тиоктовой кислоты (Диалипона) отмечены детоксицирующие и спазмолитические эффекты (8,9,10,11,17), наличия в отличии от других инъекционных препаратов а-липоевой кислоты в составе меглюминовой кислоты в качестве стабилизатора, который обладает наименее токсичным свойством, что тоже имеет место при ухудшении качества жизни пациентов(17,18). .

На основании полученных данных можно рекомендовать широкое применение **Диалипона** у больных с хроническим панкреотитом билиарной этиологии .

Выводы:

1. Проведенное исследование показал положительное влияние **Диалипона** на больных хроническим панкреатитом билиарной этиологии , имеющих избыточную массу тела с улучшением клинического состояния и нормализацией биохимических параметров.

2. Качество жизни у пациентов ХБП с избыточной массой тела на фоне проводимых лечебных вмешательств в сочетании с Диалипоном статистически достоверно (p<0,05) выше по сравнению с группой, получавшей консервативную терапию.

3. На основании полученных данных можно рекомендовать широкое применение **Диалипона** у больных с хроническими холециститами и панкреатитами.

ЛИТЕРАТУРА

1.Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит: руководство для врачей. - СПб.: «Питер», 2000. - 416 с.

2.Гребенев А.Л. Хронические панкреатиты // Руководство по гастроэнтерологии. Под. ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева. - М.: Медицина,1996.-Т.3.-С.81-112.

3.ГубергрицН.Б.,ХристичТ.Н.Клиническапанкреатология.–Донецк-ООО»Лебедь»,2000.-416 с.

4. Губергриц Н.Б. Лечение панкреатитов. Ферментные препараты в гастроэнтерологии. - М.: Медпрактика-М, 2003. - 100с.

5. Кудряшова И.В. Прогностическая значимость критерия качества жизни у больных хроническим панкреатитом в оценке течения заболевания // Сборник материалов международной конференции «Исследование качества жизни в медицине» 3-5 октября, 2002 г. – СПб. – С. 174 – 177.

6. Маев И.В., Казюлин А.Н. Хронический панкреатит. – М.: Медицина, 2005. –504с.

7.Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. – 320 с.

8.Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 140 с.

9.Новик А.А., Ионова Т.И., Шуваев В.А., Киштович А.В. Качество жизни больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки России // Исследование качества жизни в медицине. Материалы научной конференции. – СПб., 2000. – С. 97 – 98.

10. Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения // Consilium medicum. – 2002. – Т. 4, № 1. – С. 23–26.

11..Передерий В. Г., Ткач С. М. Болезни поджелудочной железы: Современные подходы к диагностике и лечению, алгоритмы ведения больных. — К.: Український фітосоціологічний центр, 2001

12.Л.В.Стаховская, А.В.Алехин, О.И.Гусева Клиническое применение препаратов липоевой кислоты Справочник поликлинического врача/Том 05/N 5/2007

13. Ткач С. М., Клименко О. П. Прискорення скоротливої активності жовчного міхура під впливом альфа-ліпоєвої кислоти у хворих з діабетичним холецистопарезом// Ендокринологія. — 2001. — Т. 6, № 2. — С. 152–159.

14. Циммерман Я. С. Хронический холецистит и хронический панкреатит. — Пермь: Изд-во Перм. гос. мед. академии, 2002.

15. Arivazhagan P., Panneerselvam C. Effect of DL-alpha-lipoic acid on tissue nucleic acid contents in aged rats// Pharmacol. Res. — 2000, Sep. — V. 42, № 3. —P.223–226.

16. Arivazhagan P., Ramanathan K., Panneerselvam C. Effect of DL-alpha-lipoic acid on glutathione metabolic enzymes in ager rats// Exp Gerontol. — 2001. — V. 37,№1.P.81–87.

17.Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item short-form health survey // Med. Care. – 1992. – Vol. 30, № 6. – P. 473 – 483.

18.Ware J.E. et al. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide / MA: Boston, Nimrod Press. 1993.

19.Wiklund I., Bardhan K.D., Muller-Lissner S., et al. Quality of life during acute and intermittent of gastroesophageal reflux disease with omeprazol compared with ranitidine. Results from a multicentre clinical trial. The European Study Group // Ital. J. Gastroenterol Hepatol. – 1998. – Vol. 30, № 1. – P. 19 –

УДК 616 – 084 +616.1/.4

АЛГОРИТМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И СОВЕРШЕННАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Алибеков Ш.О., Салахиддинов З.С., Махсумова Д.К.
(АндГосМИ)

Цель исследования – изучение и оценка эпидемиологических особенностей формирования и профилактики факторов риска терапевтического континуума среди ВИЧ-инфицированной

популяции. Обследована репрезентативная выборка из ВИЧ-инфицированного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 507 (263 женщин и 244 мужчин) человек. Результаты многофакторного анализа данных исследований показали, что 27 поведенческие факторы риска существенно увеличивает относительной вероятности развития терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированной популяции. Разработанный алгоритм раннего выявления и профилактики терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированного населения является приемлемым и потенциально способным для влияния на неблагополучные эпидемиологические условия до нозологической стадии этого процесса и на исходы ВИЧ-инфекции / СПИД.

ОИВ ИНФИЦИРЛАНГАН ПОПУЛЯЦИЯНИНГ ТЕРАПЕВТИК КОНТИНУУМИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ЭРТА АНИҚЛАШ БЎЙИЧА АЛГОРИТМЛАР ВА МУКАММАЛ МОДЕЛИ

Мазкур ўтказилган текширувларимизнинг мақсади сифатида ОИВ инфицирланган популяциянинг терапевтик континиуми орасида хавф омиллари шаклланиши ва профилактикасининг эпидемиологик ўзига хос томонларини ўрганиш ва баҳолаш белгилаб олинди. Репрезентатив танлов мақсадида ОИВ инфицирланган аҳоли орасидан 20 ёшдан 69 ёшгача бўлган 507 кишидан иборат гуруҳ ажратиб олинди. Улардан 263таси аёллар ва 244таси эса эркаклар бўлди. Ўтказилган текширувларда 27та ҳулқ-атвор бузилиши хавф омиллари ОИВ инфицирланган популяция терапевтик континуум шаклланиши хавфини сезиларли даражада ошириши аниқланди. Ушбу терапевтик континиум профилактикаси ва эрта аниқлаш бўйича ишлаб чиқилган алгоритми худди шу мақсадда қўллашга, касалликни олдини олиш ва оқибатларини енгиллаштиришга хизмат қилади.

ALGORITHMS FOR THE EARLY DETECTION AND PREVENTION OF THE PERFECT MODEL OF RISK FACTORS THERAPEUTIC CONTINUUM OF HIV-INFECTED POPULATION

The aim of the study was to investigate and assess the epidemiological characteristics of the formation and prevention of risk factors for therapeutic continuum of HIV -infected population. Representative sample of HIV - infected population aged 20 to 69 years, in the amount of 507 (263 women and 244 men) people. The results of multivariate analysis of these studies showed that the 27 behavioral risk factors significantly increases the relative probability of the therapeutic continuum of HIV-infected population. Developed the algorithm for early detection and prevention of therapeutic continuum of HIV- infected population in this plan is acceptable and potentially able to influence dysfunctional epidemiological conditions to nosology stage of the process and outcomes of HIV / AIDS .

Несмотря на успехи современной науки, обнадеживающих результатов в снижении терапевтического континуума, предупреждений факторов риска (ФР), «конечных эпидемиологических точек» и улучшения прогноза пока нет. Это связано не только с пандемической распространенностью некоторых ФР неинфекционных заболеваний, но и с тем, что пока еще неизвестны многие аспекты «эпидемиологического маршрута» терапевтического континуума, недостаточно используется метод скрининговой профилактики. Поэтому, проблема эпидемиологического изучения ФР наиболее актуальная проблема медицинской науки и здравоохранения во всем мире. Именно прогрессирование «эпидемиологических условий» (скопление ФР) способствуют развитию многих инфекционных и неинфекционных заболеваний, терапевтического континуума. В настоящее время выполнено большое количество эпидемиологических исследований, посвященных этим проблемам – среди неорганизованного и организованного населения, у женщин и подростков, среди популяции наркоманов.

Цель исследования – изучение и оценка эпидемиологических особенностей формирования и профилактики факторов риска терапевтического континуума среди ВИЧ-инфицированной популяции.

Материалы и методы. Обследована репрезентативная выборка из ВИЧ-инфицированного населения г.Андижана в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 507 человек. Исследование было проведено совместно с Андижанским областным центром по профилактике и борьбе СПИД среди 263 женщин и 244 мужчин. Исследование было осуществлено в рамке Республиканской научной программы «ВИЧ-инфекция / СПИД и внутренние болезни. Эпидемиология, факторы риска, особенности клинических проявлений и профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции» под непосредственным участием и консультацией Республиканского центра по борьбе со СПИДом.

Результаты и обсуждение. Терапевтический континуум по современным позициям науки определяется как событие / процесс непрерывной череде эпидемиологических условий многолетиями, характеризующийся в течение долгих лет «асимптомным» течением и манифестацией с течением времени какой-либо «конечной точкой» - срочной госпитализацией в стационар, острыми клиническими ситуациями или угрозой осложненного течения определенных

или группы заболеваний с летальным исходом.

Утраченная прибыль вследствие терапевтического континуума от невыработанных человеко-лет, чрезвычайно высоко. Косвенно об этом можно судить по данным Российских исследователей, в соответствии которых ежегодный экономический ущерб, обусловленный континуумом только от АГ составляет около 12 млрд руб, а затраты, связанные с лечением и реабилитацией, превышают 22,5 млрд руб.

Все это свидетельствует о необходимости проведения углубленных эпидемиологических исследований по изучению доли вклада ФР, прежде всего поведенческих (управляемых) факторов, в развитие терапевтического континуума с целью проведения до нозологической диагностики, разработки и реализации программ профилактики среди населения, в том числе у ВИЧ-инфицированных пациентов, реабилитации больных и, в конечном итоге, сохранения и укрепления трудового потенциала страны.

Поэтому одной из целей настоящего исследования стало разработка алгоритмов раннего выявления и совершенных моделей профилактики факторов риска терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированной популяции.

При этом использовался опыт зарубежных научных проектов (SCORE-Systemic Coronary Risk Evaluation) и ассоциация поведенческих факторов риска с неблагополучными эпидемиологическими условиями в отношении терапевтического континуума оценивались путем расчета шансов и их 99%-ных доверительных интервалов. Рассчитывались относительная вероятность развития терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированного населения с учетом поведенческих факторов риска. Данные в этом отношении представлены в таблице 1.

Таблица 1

Относительная вероятность развития терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированного населения, обусловленного поведенческими факторами риска

№	Поведенческие факторы риска	Относительная вероятность развития терапевтического континуума с учетом всех поведенческих ФР
1	Злоупотребление алкоголя	58,0
2	Тяжелый МТОЗ	49,6
3	Пониженная масса тела	46,9
4	Нарушение массы тела	45,1
5	Гиподинамия	43,4
6	Вредные пищевые привычки	43,7
7	Низкое потребление овощей и фруктов	42,5
8	Нерациональное питание	40,8
9	Нарушение липидного обмена	40,3
10	Плохой жилищно-бытовой статус	38,2
11	Неблагополучный семейный статус	37,0
12	Неблагополучный социальный статус	36,8
13	Асоциальные факторы	36,5
14	Курение	32,9
15	Умеренное интенсивное употребление алкоголя	30,7
16	Значительно выраженный МТОЗ	28,9
17	Гипергликемия	24,0
18	Потребление наркотических средств	22,8
19	Гиперхолестеринемия	20,9
20	Гипертриглицеридемия	19,8
21	Хронические стрессы	18,2
22	Потребление насвая	15,7
23	Артериальная гипертензия	12,1
24	Злоупотребление лекарственными средствами	10,6
25	Неритмичное монотонное питание	8,5
26	Низкий образовательный статус	7,2
27	Избыточная масса тела	3,8

Результаты нашего многофакторного анализа данных исследований показали, что отмеченные в таблице 1 поведенческие факторы риска (их всего 27) существенно увеличивает относительной вероятности развития терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированной популяции. Так, в наибольшей степени относительный риск развития неблагополучных эпидемиологических условий / или ими обусловленного терапевтического континуума имеют место при наличии злоупотребления алкоголя, тяжелых МТОЗов, пониженной массы тела, нарушениях

массы тела и несколько меньше при гиподинамии, вредных пищевых привычках, низком потреблении овощей и фруктов, нерациональном питании и нарушениях липидного обмена, 2,4 раза меньше сравнительно этими факторами риска, при плохих жилищно-бытовых условиях неблагополучных семейных и социальных статусах, а также при наличии асоциальных факторов, курении, умеренно интенсивного употребления алкоголя, значительно выраженного МТО-За и гипергликемии.

Риск развития терапевтического континуума по сравнению с отмеченными выше факторами у ВИЧ-инфицированной популяции (табл.1) более чем в 5,5 раз меньше при наличии следующих факторов риска: потребление наркотических средств, гиперхолестеринемии, гипертирглице-ридемии, хронических стрессов, потреблении насвая, артериальной гипертензии и злоупотреблении лекарственных средств.

В наименьшей степени относительная вероятность развития терапевтического континуума, то есть более чем в 15 раз меньше, имеют место при наличии следующих факторов: неритмичном монотонном питании, низким образовательном статусе и избыточной массе тела.

По-видимому, в течение всей жизни ВИЧ-инфицированные пациенты будут подвержены к «атаке» именно отмеченных 27 риск-факторов и необходимо заметить также и то, что своевременно начатая профилактика – может приостановить у них подобную «агрессию».

В связи с этим, мы, последнюю точку для нашего исследования решили поставить разработкой алгоритмов раннего выявления и совершенного моделя профилактики факторов риска терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированного населения. Научными доказательными фактами профилактики терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированного населения являются результаты только эпидемиологических исследований. Ключевыми параметрами разработки и реализации любых профилактических программ у ВИЧ-инфицированных должны служить выявленные в данном исследовании 27 поведенческие факторы риска. Это объясняется тем, что между этими ФР и скоплением неблагополучных эпидемиологических условий в отношении терапевтического континуума (донозологической стадии континуума) существует прямолинейная зависимость. Чем раньше выявляется или корригируются эти факторы, тем выше эффективность лечебно-профилактических программ и меньше «конечные эпидемиологи-ческие точки» от вторичных терапевтических заболеваний у ВИЧ-инфици-рованной популяции. Нами разработанный алгоритм раннего выявления и профилактики терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированного населения в этом плане является приемлемым и потенциально способным для влияния на неблагополучные эпидемиологические условия еще в до нозологической стадии этого процесса и, тем самым, безусловно, позитивно отразиться в исходах ВИЧ-инфекции / СПИД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаева М.А., Гиясова Г.М., Залялиева М.В. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин в Узбекистане // Ibn Sino - Avicenna. - 2005.-№3-4. -С. 86
2. Гиясова Г.М. Особенности распространения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) среди женщин, составляющих группы повышенного риска в Узбекистане //Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – 2005. – 17с.
3. Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Шахгильдян В.И., Панкова Г.Б. Оппортунистические заболевания у больных ВИЧ-инфекцией: 15-летнее наблюдение. // В Кн. VI Российский съезд врачей-инфекционистов. С-Петербург. – 2003. – СПб.: 122
4. Калинина А.М. Научные доказательные факты профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в практическом здравоохранении (к 35-летию от начала исследования «Многофакторная профилактика ишемической болезни сердца среди неорганизованного населения»): 35 лет – 35 уроков // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – 10(1). – С.14-22
5. Камардина Т.В. Разработка, реализация и оценка эффективности по-пуляционной стратегии борьбы с табакокурением: Автореф. дис д-ра мед. наук. – М. – 2006.. – С.17-21
6. Карташев В.В., Амбалов Ю.М., Бекетова Е.В., Пономаренко Я.В. Криптоспоридиоз у больных с ранними стадиями ВИЧ-инфекции в Ростове-на-Дону // Инфекционные болезни. – 2008. – т.6. - №2. – С.50-52

УДК: 616.33-002.+2.616.33.44

ОЦЕНКА «ГЛАВНЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С., Юнусова З.В.
(АндГосМИ)

Цель исследования – изучение распространенности «главных» факторов риска хронических гастро дуоденальных воспалительно-язвенных заболеваний у популяции ВИЧ-инфицированного населения. Была сформирована репрезентативная группа из 507 ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте 20-59 лет. Применялись методы многомерного статистического анализа и ранговый корреляционный анализ. Анализ результатов показал, что у ВИЧ-позитивного населения существенно высокой распространенностью наблюдаются гипонатриемия – 89,2%, кислотно-пептидный агрессивный фактор – 86,4% и гипокалиемия – 72,2%. С частотой 33,1% и 30,2% отмечались липидные факторы риска. Отмечается существенная разница отмеченных факторов риска у ВИЧ популяции женщин и мужчин (20-59 лет). Результаты нашего исследования могут стать основой для разработки единых методологических подходов к улучшению здоровья ВИЧ-инфицированных в отношении хронических гастродуоденальных и континуума от них на фоне ВИЧ-инфекции.

ОИВ ИНФИЦИРЛАНГАН ПОПУЛЯЦИЯ ОРАСИДА СУРУНКАЛИ ГАСТОРДУОДЕНАЛ КАСАЛЛИКЛАР АСОСИЙ ХАВФ ОМИЛЛАРИ БАҲОЛАНИШИ

Мазкур ўтказилган текширувларимизнинг мақсади сифатида ОИВ инфицирланган популяция орасида сурункали гастродуоденал касалликлар асосий хавф омиллари шаклланиши ва профилактикасининг эпидемиологик ўзига хос томонларини ўрганиш ва баҳолаш белгилаб олинди. Репрезентатив танлов мақсадида ОИВ инфицирланган аҳоли орасидан 20 ёшдан 59 ёшгача бўлган 507 кишидан иборат гуруҳ шакллантирилди. Текширувларда кўп ўлчовли статистик таҳлил ва тартибли корреляцион таҳлил методларидан фойдаланилди. Текширувлар натижасида ОИВ позитив бўлган аҳоли орасида гипонатриемия – 89,2%, кислотавий-пептид агрессив фактор – 86,4% ва гипокалиемия – 72,2%, липид ўзгаришлари 33,1% ташқил қилиши аниқланди. Аёллар ва эркакларда кузатиладиган хавф омиллари орасидаги фарқ сезиларли эканлиги белгиланди. Илмий текширув натижалари ОИВ инфицирланган аҳоли орасида сурункали гастродуоденал касалликлари бўйича методологик ёндошувлар ишлаб чиқилишига хизмат қилади.

CHARACTERIZATION AND EVALUATION OF THE TOP OF KNOWN RISK FACTORS FOR CHRONIC GASTRODUODENAL DISEASES IN HIV-INFECTED POPULATION

The aim of the research was the study of the prevalence of the “main” risk factors of chronic inflammatory gastro-duodenal ulcer disease in a population of HIV-infected population. Was formed by a representative group of 507 HIV-infected persons aged 20-59 years. Applied the methods of multivariate statistical analysis and rank correlation analysis. Analysis of the results showed that the HIV-positive population significantly higher prevalence of hyponatremia observed - 89.2%, kislotnopeptidny aggressive factor - 86.4% and hypokalemia - 72.2%. With a frequency of 33.1% and 30.2% had lipid risk factors. There is a significant difference noted in HIV risk population of women and men 20-59 years of age. The results of our study may be the basis for the development of common methodological approaches to improve the health of HIV-infected patients for chronic gastroduodenal and continuum of them against HIV infection.

Доказано, что выявление новых факторов риска и их устранение наиболее важный и результативный «инструмент в борьбе с ХГДЗ. Такие заключения сделаны и обоснованы на популяционном материале исследователями, как зарубежных стран, так и нашей страны [1,2,3,4].

ХГДЗ на современном этапе характеризуются с различной периодичностью рецидива, мультифакториальностью, географическими и климатометеорологическими особенностями, с разными вариантами развития, течения и прогрессирования, у части населения приводят к континиуму. Несмотря на то, что в течение последнего десятилетия популяционные исследования ХГДЗ стали занимать одно из первых лидирующих мест среди прикладных и фундаментальных работ – продолжает увеличиваться чувствительный разрыв между возможностями современной превентивной науки и ограниченными средствами борьбы клинической гастроэнтерологии. Это, по утверждению исследователей, в значительной степени отражается в высоких уровнях распространенности ХГДЗ среди населения и континуума от них.

Длительное время «главными» факторами риска хронических гастродуоденальных воспалительно-язвенных заболеваний считались и считаются в настоящее время такие известные факторы как кислотно-пептический агрессивный фактор, дислипопротеидемия и микроэлементозы

(МТОЗы). Поэтому нами проводился изучения распространенности этих «главных» ФР у популяции ВИЧ-инфицированного населения. Сразу следует упомянуть еще раз о том, что в доступной литературе для сравнения наших данных сходные сведения отсутствуют.

Материалы и методы: Сформирована репрезентативная группа из 507 ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте 20-69 лет. В возрасте 60-69 лет истинную информацию собрать не удалось (мало случаев).

Источником формирования выборки были списки ВИЧ-инфицированных, прикрепленных в региональный центр по профилактике и борьбе СПИДом. Явились и прошли обследование 507 человек (100,0%), 244 (48,1%) мужчин и 263 (51,9%) женщин. Все обследованные были представителями коренного населения. В возрасте 20-29 лет были 197 (38,9%) ВИНи, 30-39 лет – 235 (46,4%), 40-49 лет – 65 (12,8%), 50-59 лет – 8 (1,6%). Обследование проводилось в скрининг центре и включало эпидемиологические, клинические и специальные методы диагностики ВИЧ-инфекции. Применялись методы многомерного статистического анализа и ранговый корреляционный анализ. Рассчитывались средние значения количественных показателей и их среднеквадратическое отклонения (M; ±d).

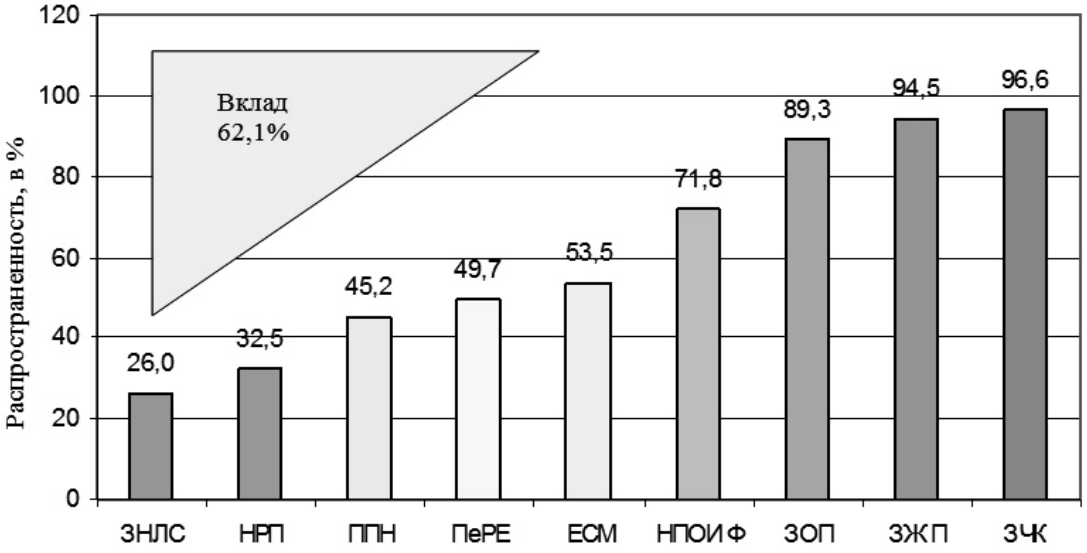


Рис.1. Структура фактора питания у ВИЧ-позитивного населения

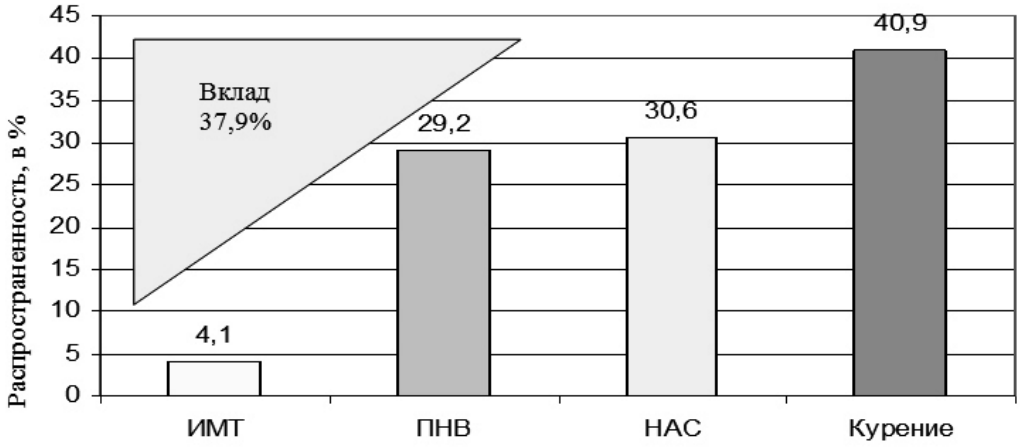


Рис. 2. Социальные факторы риска в формировании эпидемиологических условий у ВИЧи-популяции

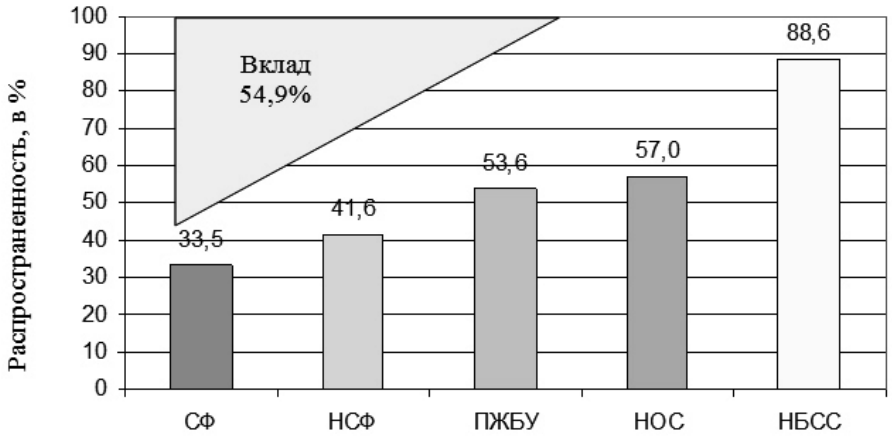


Рис. 3. Социально-экономические факторы риска в развитии эпидемиологических условий на фоне ВИЧ-инфекции

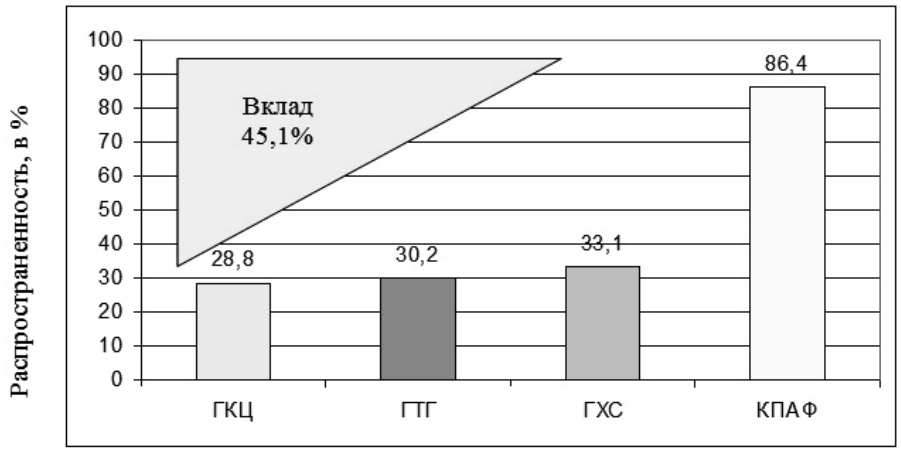


Рис.4. Биохимические и кислотнопептические факторы в развитии эпидемиологических условий на фоне ВИЧ-инфекции

В формировании эпидемиологических условий в отношении ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции особенно заметен вклад социально-экономических фаткоров – 54,9% (рис.13), некоторых биохимических и кислотно-пептических факторов – 45,1% (рис.14), факторов питания – 62,1% (рис.11) и социальных факторов – 37,9% (рис.12). Эти факторы резко отличаются по характеру и вкладу от таковых в ВИЧ-негативных населениях [4,14,94,137].

ЛИТЕРАТУРА

1. Азнаурян С.А. Анализ заболеваемости населения Республики Армении. Республиканский информационно-аналитический Центр здравоохранения НИЗ МЗ РА. Доклад Общественного здоровья Армении. Ереван 2008;

2. Атаханов А. Эпидемиология. Особенности клинического течения и хирургического лечения язвенной болезни у подростков и юношей (популяционно-клиническое исследование) // Дисс…..канд.мед.наук. –Ташкент. -2000. –С.47;

3. Григорьев С.В. Сравнительная характеристика язвенной болезни желудка с различной локализацией язв: Автореф.дисс….канд.мед. наук. – М., 1995;

4. Раимжанов А. Дизиония и её связь с распространенностью основных экстрагенитальных заболеваний среди женщин фертильного возраста //Дисс….канд.мед.наук. –Андижан. –2001 –С.69-73;

5. Цуканов В.В., Тонких Ю.Л., Баркалов С.В. и др. Особенности ассоциации инфекции Helicobacter pylori и язвенной болезни у европеоидов и монголоидов Сибири // Терапевтический архив. – 2001. - №2. – С.12

УДК: 616.24-007.271/.272-036.12-053.2

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ БОЛЕЗНИ

Жураева З.Ё.
(ТашПМИ)

Статья посвящена изучению иммунной системы и цитокинового статуса у часто болеющих (ЧБД) в стадии обострения и ремиссии в сравнительном аспекте с редко болеющими детьми (РБД). Всего обследованы 38 детей дошкольного возраста с патологией верхних дыхательных путей. При изучении факторов неспецифической защиты выявлена достоверная разница всех показателей, как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии у часто и длительно болеющих детей. В иммунном статусе у этих детей нередко транзиторно формируется ответ по Th2-типу с гиперпродукцией IL-4 и IL-1ß, стимулирующих высокую продукцию В-лимфоцитами IgE на фоне снижения синтеза IgA

Ключевые слова: дети, иммунная система, заболевания органов дыхания.

ТЕЗ-ТЕЗ ВА УЗОҚ КАСАЛЛАНУВЧИ БОЛАЛАР ИММУН ТИЗИМИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ КАСАЛЛИК БОСКИЧИГА БОҒЛИҚ ХОЛДА ҚИЁСИЙ ТАХЛИЛИ

Мақолада 38 та мактаб ёшигача бўлган юқори нафас аъзоларининг яллиғланиши билан тез-тез ва узоқ касалланувчи болалар иммун тизимининг кўрсаткичлари касалликнинг босқичига боғлиқ ҳолда қиёсий таҳлили ўз аксини топган бўлиб, касалликнинг ҳам ремиссия даврида, ҳам рецидив даврида спецефик ва носпецефик иммунтизимида жиддий кам касалланувчи болалар иммун тизимидан фарқланувчи сезиларли P<0,05., ўзгаришлар аниқланди. Ушбу болалар иммун тизимида В транзитор ҳолатда Th2-типдаги жавоб шаклланиб, IL-4, IL-1ß ва IgE ларнинг юқори синтези ва ўткир ва маҳаллий иммунитетга жавоб берадиган IgA синтезининг пасайиши кузатилди.

Калитли сўзлар: болалар, иммунтизими, юқори нафас тизими касалликлари.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE IMMUNE SYSTEM IN AND OFTEN CHRONICALLY ILL CHILDREN DEPENDING ON THE STAGE OF DISEASE

The article is devoted to the study of the immune system and cytokine status in sickly (FIC) in the acute phase and remission in comparison with that rarely ill with children (RDB) . The sample of 38 preschool children with abnormalities of the upper respiratory tract.In studying the factors of nonspecific protection of a significant difference of all indicators in the acute stage and in remission in frequently and chronically ill children. In the immune status of these children often formed transiently response to Th2- type overproduction of IL- 4 and IL-1ß, enabling high production of B- lymphocytes against IgE synthesis reduction IgA

Keywords: children, immune system, respiratory diseases.

Актуальность. Проблема поражения лимфоаденоидного глоточного кольца Пирогова-Вальдейера у ЧБД является актуальной, поскольку именно эта ткань служит морфофункциональным субстратом местного иммунитета. В условиях гиперплазии лимфоидной ткани и сопутствующего хронического экссудативно-пролиферативного воспаления вирусная инфекция начинает проявлять свойства триггера, индуцируя инфекционно-зависимые иммунопатологические состояния, а также аутоиммунные реакции, нередко манифестирующие у ЧБД [1,3,4,7,8,].

Последние исследования показали, [2,3,5,6,,9,10], что у ЧБД даже в период клинического благополучия и при отсутствии признаков ОРЗ выявляются отчетливые изменения в межклеточном взаимодействии в иммунной системе: достоверно повышено содержание провоспалительныхинтерлейкинов (IL-2, IL-4), в том числе интерлейкинов, участвующих в хронизации воспаления (IL-6, IL-8). Это сопровождается снижением клеточнойцитотоксичности, дисиммуноглобулинемией и повышением уровня клеток, экспрессирующих рецепторы, индуцирующие апоптоз.

Цель: изучить показатели иммунной системы у часто и длительно болеющих детей в зависимости от стадии болезни в сравнительном аспекте.

Материалы и методы. Нами были проведены исследования по изучению состояния иммунной системы у обследованных детей в зависимости от стадии болезни (стадии ремиссии и стадии рецидива): В группе часто болеющих детей (ЧБД) количество детей было 28, тогда как в группе редко болеющих детей (РБД) – 20.

Критерии выделения детей в группу ЧБД сформулированы в 1986 г. В.Ю.Альбицким и А.А.Барановым.

- до года - 4 и более;
- до 3 лет – 6 и более;

- 4-5 лет – 5 и более.
- Старше 5 лет – 4 и более.При этом учитываются ОРВИ и обострения хронических заболеваний ЛОР – органов и респираторного тракта (И.Е.Елагина, М.Р.Богомильский. 2004г)

Определение субпопуляционного состава лимфоцитов проводили по экспрессии антигенов CD – дифференцировочных и активационных. Определяли следующие маркеры иммунокомпетентных клеток (ИКК): CD3 – Т-лимфоциты, CD4 – Т-хелперы/индукторы, CD8 – Т-супрессоры/циток-сические лимфоциты, CD16 – естественные киллеры, а также CD20+ – В-лимфоциты. Экспрессию рецепторов CD проводили в реакции розеткообразования с помощью моноклональных антител производства ООО Сорбент, Россия (Москва).

Определение концентрации иммуноглобулинов в сыворотке крови основных трех классов A, M и G проводили методом радиальной иммунодиффузии по Манчини (1963).

Определение уровня цитокинов- интерлейкина-1β, 4 и фактора некроза опухоли (TNF-α) - определяли методом иммуноферментного анализа. Использованы реактивы ООО «Цитокин» С-Петербургского Научно- Исследовательского Института Особо Чистых Биопрепаратов.

Фагоцитарную активность нейтрофилов определяли по методу Кудрявцевой В.П., (1983) путем инкубации смеси лейкоцитов и латексных частиц в термостате при 37°С 30 мин. Подсчитывали количество нейтрофилов, поглотивших латексные частицы. Полученные результаты выражали в %. В работе использовали меламиноформальдегидный латекс диаметром 1,5 микрона (НИИ Биологического Приборостроения, Москва).

Полученные результаты и их обсуждение. При изучении вышеперечисленных иммунологических параметров в зависимости от стадии течения основного заболевания выяснилось достоверная разница, как в период обострения, так и в период ремиссии. Уровень CD3+-лимфоцитов у часто болеющих детей в стадии обострения в 1,1 раза было меньше, чем по сравнению со стадией ремиссии, а в сравнении с редко болеющими детьми в стадии обострения на 1.2 раза меньше (P<0,05), (табл. 1). У редко болеющих детей уровень CD3+-лимфоцитов в обоих стадиях почти не имел достоверную разницу.

Таблица 1. Показатели клеточного звена иммунитета и уровень активационных маркеров в зависимости от стадии течения, M ± m

Показатель	ЧБД, n=28			
РБД, n=20				
	стадия ремиссии	стадия обострения	стадия ремиссии	стадия обострения
CD3+, %	50,2 ± 0,9*	45,3 ± 1,6*	54,9 ± 2,0	52,1 ± 1,9
CD4+, %	31,9 ± 1,7	27,1 ± 2,0**	32,4 ± 1,6	36,9 ± 1,8
CD8+, %	20,3 ± 1,1	18,6 ± 0,9	21,1 ± 0,7	20,4 ± 1,3
CD4/CD8 (ИРИ)	1,57 ± 0,03	1,45 ± 0,02***	1,53 ± 0,05	1,8 ± 0,07
CD16+, %	13,9 ± 0,7*	18,0 ± 1,1*	11,2 ± 0,7	14,3 ± 1,0
CD20+, %	27,6 ± 1,8*	30,5 ± 1,4*	22,9 ± 2,3	25,8 ± 1,9

Примечание:* значения достоверны по отношению к группе РБД; (P<0,05 – 0,001).

Анализ полученных данных показал, также достоверная разница наблюдалась в снижении уровня CD4+-лимфоцитов у часто болеющих детей в стадии обострения (P<0,01). Наименьшее количество Т-супрессоров определено в стадии обострения у ЧБД, но колебания уровня недостоверны, что все равно послужило причиной достоверного снижения иммунорегуляторного индекса в данной группе. В группе ЧБД в стадии ремиссии также произошло снижение данного индекса, но в сравнении с РБД показатели недостоверны.

При изучении факторов неспецифической защиты выявлена достоверная разница всех показателей, как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии у часто и длительно болеющих детей (рис. 1). Так, уровень натуральных киллеров в группе ЧБД в стадии обострения составил 18,0 ± 1,1%, а в стадии ремиссии - 13,9 ± 0,7%, в стадии обострения, а в сравнении с группой РБД - 14,3 ± 1,0% и 11,2 ± 0,7% соответственно, (p<0,05), что в 1,4 раза больше, чем в обеих группах в стадии обострения.

Анализ данных фагоцитарной активности нейтрофилов показал, что в период обострения уровень фагоцитоза достоверно снижен, как в группе РБД, так и в группе ЧБД (54,5 ± 1,2% против 50,7 ± 1,1% , p<0,05 и 48,3 ± 1,2% против 43,6 ± 0,9%, p<0,05)., что в 1,2 раза ниже в стадии обострения.

При анализе полученных данных гуморального иммунитета, выявлено достоверные изменения P<0,05., что у ЧБД с сопутствующей ЛОР-патологией обнаруживаются признаки дисиммуноглобулинемии с повышением уровня IgG свидетельствующим о длительной антигенемии и хронической интоксикации организма и значительном снижении концентрации IgA, IgM, ха-

рактеризующих снижение ответной реакции на острый и местный процесс, более выраженный в стадии обострения основного патологического процесса (табл.2).

Таблица 2. Показатели гуморального иммунитета у обследуемых детей в сыворотке крови в зависимости от стадии заболевания, M±m

Показатель	ЧБД, n=28	РБД, n=20		
	стадия ремиссии	стадия обострения	стадия ремиссии	стадия обострения
Ig G,мг/%	1160 ± 22**	1420 ± 38***	1050 ± 25	930 ± 19
Ig A, мг/%	112 ± 5,6 **	90,1 ± 6,8**	141 ± 5,9	128 ± 9,4
Ig M, мг/%	85,1± 6,9	69 ± 7,3**	101,3 ± 9,0	89,5 ± 4,4

Примечание:* значения достоверны по отношению к сравниваемой группе РБД; (P<0,05 – 0,001).

В частности, уровень IgG группе ЧБД в стадии обострения составил 1420 ± 38мг/%, а в стадии ремиссии - 1160 ± 22 мг/% в сравнении с группой РБД - 930 ± 19 мг/% и 1050 ± 25 мг/% соответственно, P<0,01-0,001., что в группе ЧБД в сравнении обеих стадий в 1.2 раза было больше в стадии обострения, чем в стадии ремиссии и в сравнении с группой РБД в стадии обострения у ЧБД 1,5 раза было больше, свидетельствующей о напряженной работе иммунной системы у ЧБД из-за длительной персистенции антигенов в организме.Хотелось бы отметить выраженное снижение секреции IgA в стадии обострения у ЧБД, P<0,01.в 1,2 раза и в 1,4 раза в сравнении с группой РБД. Иными словами, распространение воспаления по лимфоидной ткани верхних дыхательных путей связано с выраженной пролиферативной активностью IgA, что свидетельствует о мобилизации резервных возможностей местного иммунитета в условиях хронического воспаления.

Аналогичные изменения наблюдалось и в показатели Ig M, который составил у ЧБД в стадии ремиссии и обострения 85,1± 6,9мг% и 69 ± 7,3 мг% соответственно, тогда как этот показатель в группе РБД составил 101,3 ± 9,0 мг% и 89,5 ± 4,4 мг% соответственно, что в 1,2 раза меньше как в стадии обострения и в группе ЧБД. На фоне частых ОРЗ поврежденный эпителий респираторного тракта приобретает гиперчувствительность рецепторов к внешним воздействиям. В иммунном статусе у этих детей нередко транзиторно формируется ответ по Th2-типа с гиперпродукцией IL-4 и IL-1ß, стимулирующих высокую продукцию В-лимфоцитами IgE на фоне снижения синтеза IgA (табл. 3).

В нашем исследовании выявлено достоверное снижение уровня IL-1β в стадии обострения у ЧБД, P<0,05, а в стадии ремиссии наоборот увеличение данного показателя более чем в 2 раза по сравнению с группой редко болеющих детей, P<0,05. Уровень IL-4 у часто болеющих детей в период эпизода обострения достоверно повышен (18,1±2,4пкг/мл против 13,5±1,6 пкг/мл у РБД, P<0,05).

Таблица 3. Уровень изученных цитокинов в сыворотке крови обследованных детей в зависимости от стадии заболевания, M±m

Показатель	ЧБД, n=28	РБД, n=20		
	стадия ремиссии	стадия обострения	стадия ремиссии	стадия обострения
IL-1ß, пкг/мл	81,5±2,9*	37,9±1,8*	32,8±2,6	56,9±2,4
IL-4, пкг/мл	5,6±0,8*	18,1±2,4*	4,8±0,6	13,5±1,6
TNF-α, пкг/мл	79,6±8,1	120,5±11,5	34,9±2,3	48,6±2,4

Примечание: * значения достоверны по отношению к группе редко болеющих детей (P<0,05 – 0,001)

Аналогичная тенденция наблюдается при изучении уровня TNF-α. Прогрессивная динамика повышения концентрации IL-4, TNF-α в сыворотке крови часто болеющих детей в стадии обострения основного патологического процесса связана с более выраженным экспозиционным влиянием частых и осложненных эпизодов рецидива инфекционного процесса верхних дыхательных путей в течение длительного времени.

Таким образом, ЧБД являются проблемой, имеющей не только медицинский, но и социально-экономический аспект, что требует комплексного подхода к ее решению в реализации лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий для ЧБД. Полученные данные свидетельствуют о том, что иммунная система ЧБД хотя и не имеет грубых первичных и приобретенных дефектов, но характеризуется крайней напряженностью процессов иммунно-

го реагирования, нарушением межклеточной кооперации и недостаточностью резервных возможностей, что, по-видимому, является результатом длительного и массивного антигенного воздействия на организм ребенка.

Выводы:

1. В зависимости от стадии течения основного заболевания выяснилось достоверная разница, как в период обострения, так и в период ремиссии. Уровень CD3+, CD4+лимфоцитов, фагоцитарной активности нейтрофилов и иммунорегуляторного индекса у часто болеющих детей в стадии обострения в 1.2 раза меньше, (P<0,05), чем по сравнению со стадией ремиссии, а уровень натуральных киллеров в 1,4 раза больше в обеих группах в стадии обострения

2. У ЧБД с сопутствующей ЛОР-патологией обнаруживаются признаки дисиммуноглобулинемии с повышением уровня IgG свидетельствующий о длительной антигенемии и хронической интоксикации организма, и значительным снижением концентрации IgA, IgM, характеризующий снижением ответной реакции на острый и местный процесс, более выраженным в стадии обострения основного патологического процесса

3. Выявлено достоверное снижение уровня IL-1β в стадии обострения у ЧБД, P<0,05, а в стадии ремиссии наоборот увеличение данного показателя более чем в 2 раза по сравнению с группой редко болеющих детей, P<0,05. Уровень IL-4 и TNF-α. у часто болеющих детей в период эпизода обострения достоверно повышен P<0,05. Прогрессивная динамика повышения концентрации IL-4, TNF-α в сыворотке крови часто болеющих детей в стадии обострения основного патологического процесса связана с более выраженным экспозиционным влиянием частых и осложненных эпизодов рецидива инфекционного процесса верхних дыхательных путей в течение длительного времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арипова Т.У., Умарова А.А., Петрова Т.А.Диагностическая ценность цитокинов в клинической практике.//Журнал теоретической и клинической медицины.2006, №5, с. 21-27

2. Вельтищев Ю.Е. Становление и развитие иммунной системы у детей. Иммунная недостаточность. Иммунодиатезы.-М., 2000.-78 с.

3. Демьянов А.В. и др. Диагностическая ценность исследования уровней цитокинов в клинической практике// Цитокины и воспаления. 2003, №3, С.20-33.

4. ЗемсковМ., Земсков А.М., Караулов А.В. и др. /Иммунологические расстройства при сочетанной патологии // Int. J. Immunorehabilitation.-1999.-№ -С.92-107.

5. Касымов К.К., Раззаков Б.Ю. Экспериментальное изучение строения лимфотической системы носа и околоносовых пазух у собак. // Лимфология, 2003, №1-2, стр. 41-43.

6. Ковалева Л.М., Дроздова М.В., Полевщиков А.В. Сравнение показателей общего и секреторного гуморального иммунитета у детей с риносинуситами // Российская ринология, 1997, №2, стр 15

7. Лазарев В.Н., Скрябин А.С. Использование естественных гуморальных и клеточных факторов неспецифической защиты при лечении хронических синуситов у детей. // Вестник оториноларингологии. 1998, №1., стр 39-40

8. Логинов А.С. и др. Интерлейкины при хроническом вирусном гепатите // Тер.архив 2001.№2. с. 17-20.

9. Лысикова М., Вальд М., Масиновский З. Механизмы воспалительной реакции и воздействие на них с помощью протеолитических энзимов. // Цитокины и воспаление.-2004.-том 3,№3.С.48-53.

10. Neukirch F. Infections de la petite enfance et atopie: Apport des etudes epidemiologiques. Rev. fr.allergol. etimmunol. Clin. 2001; 41(1): 31- 35.

УДК: 6166-04:260-12

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОГО И ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Алимова Л.А., Мухамедханова Ш.Т., Курбанова М.Б.
(ТашПМИ)

Нами для экспериментального исследования токсико-инфекционных заболеваний кишечника и печени были отобраны 162 белых крыс и 45 морских свинок. В результате исследования

было определено, что формирование цирроза печени происходит в течении многих месяцев и лет.

Ключевые слова: цирроз печени, заболевания кишечника и печени.

ИНФЕКЦИОН АЛЛЕРГИК ВА ТОКСИКОЛОГИК САРИҚЧАСИНИ ГЕПАТИТНИ ВА ЖИГАР ЦИРРОЗИНИ РИВОЖЛАНИШИДА ПАТОГЕНЕТИК ЖИХАТЛАР

Биз томондан ичак ва жигарнинг инфекцион-токсик касалланишини ўрганиш мақсадида 162та оқ каламушлар ва 45та денгиз чўчқачалари танлаб олинди. Ўрганиш натижасида шу аниқландики жигар циррозини шаклланиши учун кўп ой ва йиллар талаб қилинди.

Калит сўзлар: жигар циррози, ичак ва жигар касалликлар.

PATHOGENETIC ASPECTS OF INFECTIOUS-ALLERGIC AND TOXIC HEPATITIS AND CIRRHOSIS

Center for experimental study of toxic and infectious diseases of the intestine and liver were selected 162 white rats and 45 guinea pigs. As a result of studies, it was determined that the formation of cirrhosis of the liver occurs during many months and years.

Keywords: cirrhosis of the liver, intestines and the liver.

Актуальность: В Узбекистане, инфекционно-аллергические и токсические гепатиты и циррозы занимают одно из центральных мест. Проблема эта приобретает особое значение и актуальность, если учесть, что в этиологии цирроза печени большое значение могут иметь различные токсико-инфекционные воздействия на организм, в том числе и кишечного происхождения. Актуальность темы заключается с одной стороны зачастую в малосимптомном течении поражения печени от длительного воздействия на печень лекарств, алкоголя, что может привести в конечном итоге к формированию фиброза, а затем и цирроза печени. С другой стороны возможно и нужно диагностировать проявления лекарственного (медикаментозного) гепатита и хронического алкогольного (токсического) гепатита. В экономически развитых странах цирроз входит в число шести основных причин смерти пациентов от 35 до 60 лет, составляя 14—30 случаев на 100 тыс. населения. Особенно тяжелым течением отличаются алкогольно–вирусные ЦП с быстропрогрессирующей динамикой заболевания. Редкие формы цирроза печени связаны с генетическими факторами, приводящими к нарушению обмена веществ (гемохроматоз, гепатолентикулярная дегенерация, недостаточность а1–трипсина), и окклюзионными процессами в системе воротной вены (флебопортальный цирроз).

Цель исследования: определить значение токсико-инфекционных заболеваний кишечника в развитии гепатита и цирроза печени у экспериментальных животных.

Материалы и методы: экспериментальные исследования были поставлены на 162 белых крысах и 45 морских свинках. Поражения печени вызывали на двух моделях гепатитов и циррозов печени. Проводили патоморфологические исследования печени и ряд биохимических показателей белкового, углеводного и жирового обменов и ферментных систем крови и ткани печени, а также Т- и В-системы иммунитета.

Результаты и обсуждение: выбор двух моделей гепатитов и циррозов печени, вызванных введением гепатотоксического алколоида – гелиотрина и дизентерийного токсина, который представляет собой убитую, высушенную культуру бацилл Шига, являющиеся полноценным антигеном.

Модель гелиотринного поражения печени, воспроизводимая в эксперименте создаёт модель поражения печени, которая по своим морфологическим и функциональным показателям наиболее близко воссоздаёт картину нарушения печени при вирусном гепатите Боткина.

Выбор этой модели определяется главным образом ещё двумя факторами, во-первых, алколоиды сорняка гелиотрина опущеноплодного в недалеком прошлом служили причиной своеобразного поражения печени у людей, которое впоследствии нередко приводило к циррозу. Во-вторых, по единодушному мнению всех экспериментаторов, использовавших эту модель, хроническая интоксикация крыс гелиотрином воспроизводит все этапы развития постнекротического цирроза у человека, приводя в конечном итоге к типичной для цирроза трансформации структуры печени. Имеются данные, что даже одно-двукратное внутрибрюшинное введение алколоида приводит в отдаленные сроки к циррозу печени различной степени.

К этой группе можно отнести патологию печени, вызванную различными химическими веществами. Их можно разделить на две группы: искусственного и природного происхождения. К токсическим веществам искусственного происхождения относятся промышленные, сельскохозяйственные, бытовые; сюда же относятся и лекарственные средства. Природные: растительного, животного, микробного, грибкового происхождения. Тяжесть токсического гепатита зависит от следующих факторов:

1. Тропности вещества к ткани печени. Любое химическое соединение может вызвать токсическое поражение печени. Клиника острого или хронического поражения зависит от того на

сколько поражены другие органы и системы. Нередко токсическое поражение печени может маскироваться или вовсе не учитываться в зависимости от степени поражения критического органа.

2. Степень токсичности вещества и его дозы, скорости поступления в организм.

3. Путь проникновения в организм (ингаляционно, перкутатно, энтерально, парентерально).

4. Состояние организма (предшествующие интоксикации, возрастные особенности, сопутствующая патология, степень фиброза, состояние ферментных систем, расовая принадлежность, сенсибилизация к веществу.)

Поражения могут протекать с клиникой острого и хронического гепатита.

Диагностика поражений основывается на выявлении связи контакта химического вещества и началом заболевания. И при острых токсических гепатитах трудностей не представляет.

Хроническое поражение печени происходит при длительном поступлении веществ в небольших количествах. В этом случае поражение носит субклинический характер, или маскируется клиническими проявлениями другого заболевания. Первые клинические признаки нередко появляются на стадии цирроза печени.

Нами проведены специальные исследования динамики проявлений гелиотринного поражения печени после прекращения интоксикации. Гелиотрин вводили подкожно в виде 1% нейтрального раствора. В течение первого месяца алколоид инъецировали 1 раз в неделю из расчета 10 мг/100г массы крысы (1 инъекция), 8 мг/100г массы. В дальнейшем гелиотрин вводили в дозе 5 мг/100г массы. После двухмесячной интоксикации делали перерыв 2-4 недели (в зависимости от состояния крысы и динамики массы тела), а затем продолжали отравление по 5-3 мг/100г массы 1 раз 7-14 дней.

В большинстве случаев в течение первых двух месяцев наблюдались явления дистрофии паренхимы печени, через 3-4 месяца определялся хронический гепатит, а спустя 5 месяцев и более – цирроз печени. Из 26 животных, которым после различных сроков отравления была проделана контрольная биопсия печени и прекращено введение алколоида, у 19 через разные промежутки времени выявлено прогрессирование процесса. Спустя 8,5 месяца после прекращения введения алколоида клинически и гистологически установлен активный цирроз печени смешанного типа.

Следовательно, гелиотринная модель цирроза обладает одним из характерных проявлений такого рода заболеваний у людей – прогрессирование болезни спустя длительное время после прекращения действия этиологического фактора. Дальнейшее изучение иммунопатологии этого состояния подтвердило участие аутоиммунных механизмов в развитии гелиотринного гепатита и цирроза печени.

Вторая модель – поражения печени, вызванные введением животным дизентерийного токсина – создаёт модель инфекционно-аллергического гепатита и цирроза печени. При выборе этой модели исходили из того, что поражение печени, включая и цирроз, могут развиваться вследствие различных токсико-инфекционных воздействий на организм, в том числе и кишечного происхождения, которые могут играть как самостоятельное, первичное значение в развитии поражения печени, так и является сопутствующим дополнительным фактором, усугубляющим его поражение.

Эта проблема региональной патологии Средней Азии, в частности Узбекистана, где инфекционно-аллергические и токсические гепатиты и циррозы занимают одно из центральных мест. Однако точных клинических данных в пользу этого предположения и прямых экспериментальных доказательств его не имеется.

Нами проведены экспериментальные исследования с хронической интоксикацией животных дизентерийным токсином. Опыты были проведены на 162 крысах-самцах, весом 180-220 граммов. Токсин вводили в дозе 0,0005 на крысу в объеме 1 мл. физиологического раствора, внутривенно в течение двух месяцев 1 раз в 10 дней. Затем дозу дизентерийного токсина уменьшали вдвое – до 0,00025, но вводили каждые 15 дней в течение ещё двух месяцев. Общая продолжительность применения токсина была 4 месяца. В связи с начавшейся гибелью животных (62-125 день опыта) применение дизентерийного токсина было отменено на 120 день опыта. У животных под влиянием применения дизентерийного токсина уже на 65-й день отмечались тяжелые поражения печеночной ткани. На фоне выраженных расстройств кровообращения у части животных встречались очаги некроза печеночных долек, чаще вокруг центральных вен, и значительное лимфоидно-гистеоцитарная инфильтрация (что можно расценить как признак замедленной гиперчувствительности), дистрофия протоплазмы печеночных клеток с пикнотичными или гипертрофированными ядрами.

В дальнейшем у животных был обнаружен типичный цирротический процесс с нарушением дольковой структуры, наличием узлов регенерации, внутридольковым разрастанием соединительной ткани и отшнуровыванием группы и даже единичных гепатоцитов.

У другой части животных отмечалась лишь выраженная дистрофия протоплазмы без реге-

неративных и воспалительных явлений.

Наряду с патоморфологическими изменениями печени наблюдались ряд биохимических изменений белкового, углеводного, жирового обменов и ферментных систем в крови и ткани печени, а также изменения Т- и В-системы иммунитета, свидетельствующих о функциональных сдвигах, характерных для хронических гепатитов и циррозов печени.

Таким образом, полученные результаты исследования являются убедительным экспериментальным доказательством роли токсико-инфекционных поражений кишечника в этиологии гепатитов и циррозов печени.

Изучение антигенных превращений растворимых белков печени при её поражении проведено методами анафилаксии с десенсибилизацией по Л.А. Зильберу и иммунопреципитации в агаре. Морские свинки сенсибилизированные экстрактами печени крыс с гелиотринным циррозом и десенсибилизированные экстрактами печени интактных крыс той же породы «Вистер», реагировали анафилактическим шоком различной степени на разрешающее введение экстрактов цирротически измененной печени. Вместе с тем, десенсибилизация экстрактами цирротической печени свинок, сенсибилизированных экстрактами печени здоровых крыс не снимало повышенной чувствительности к экстрактам печени нормальных животных. Следовательно, в печени крыс с гелиотринным циррозом появляются антигены, отсутствующие в здоровой ткани, и исчезают некоторые из нормальных антигенных компонентов.

Выводы: Таким образом, полученные результаты исследования являются убедительным экспериментальным доказательством роли аутоиммунных механизмов в патогенезе хронических гепатитов и циррозов печени. Формирование цирроза печени происходит в течение многих месяцев или лет. За это время меняется генный аппарат гепатоцитов и создаются поколения патологически измененных клеток. Этот процесс в печени можно охарактеризовать, как иммуновоспалительный. Важнейший фактор в генезе цирроза печени – повреждение (некроз) гепатоцитов, обусловленный прямым токсическим действием, а также аутоиммунными процессами. Сенсибилизация иммуноцитов к собственным тканям организма – важный фактор патогенеза и при циррозе, развивающемся у больных вирусными гепатитами В, С и D. Основной мишенью аутоиммунной реакции представляется здесь печеночный липопротеида. Также важна роль токсико-инфекционных поражений кишечника в этиологии гепатитов и циррозов печени, определяющими региональную- краевую патологию Узбекистана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и жёлчных путей. — М. : ГЭОТАР Медицина, 1999.
2. Гастроэнтерология 2002,3.Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Краткое руководство по гастроэнтерологии.– Москва, 2001.
3. И.Н. Скрыпник Проблема гепатотоксичности антибактериальных препаратов с точки зрения современной медицины. 2009.
4. Богомолов, П. О. Неалкогольная жировая болезнь печени: стеатоз и неалкогольный стеатогепатит / П. О. Богомолов, Ю. О. Шульпекова // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2004. № 3. С. 20–27.Дислипопротеидемии. Лечащий врач. 1999. № 7.
5. 3. Буеверов, А. О. Прогресс в изучении аутоиммунного гепатита / А. О. Буеверов, В. С. Ешану // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2006. № 4 С. 7–15.
6. Rasmussen H.H., Fallingborg J.F., Mortensen P.B. et al. Hepatobiliary dysfunction and primary sclerosing cholangitis in patients with Crohn's disease // Scand. J. Gastroenterol/ – 1997. – Vol. 32 (6). – P. 604–610

УДК: 616.89-008.441.33:616.89-008.454

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Ходжаева Н.И., Шадманова Л.Ш., Султанов Ш.Х., Юсупов С.Р., Сыдыков Х.Б.
(ТМА)

Аффективные нарушения являются облигатными при героиновой наркомании. Обязательным компонентом терапии должно быть применение антидепрессантов, которые следует назначать после купирования острого абстинентного синдрома.

Ключевые слова: героин, наркомания, патологическое влечение, абстинентный синдром, депрессия, антидепрессанты.

ГЕРОИНЛИ НАРКОМАНИЯДА ДЕПРЕССИВ БУЗУЛИШЛАР

Героинли наркоманияда аффектив бузилишлар облигат белги хисобланади, антидепрессантларни кўллаш даволашни зарурий компоненти бўлмоғи лозим, ҳамда уларни ўткир абстинент синдром тугаганидан сўнг берилиши керак.

Калит сўзлар: Героин, наркомания, патологик қарамлик, абстинент синдром, депрессия, антидепрессантлар.

DEPRESSIVE FRUSTRATIONS AT HEROIN DRUG ADDICTIONS

The affected breaches are obligate at heroin of the drug addictions, obligatory component therapy must be an using ant depression therapy, which follows to fix after stopped sharp abstinent syndromes.

Key words: Heroin, drug addiction, pathological inclination, abstinent syndromes, depression, ant depression.

Проблема наркоманий стоит в ряду наиболее важных как для наркологии, так и для здравоохранения в целом. Это обусловлено прежде всего тяжелыми медицинскими и социальными последствиями и высокой криминогенностью этого контингента больных. Установлено, что злоупотребление героином на всех этапах сопровождается психической патологией, в структуре которой значительное место занимают своеобразные аффективные нарушения. В наибольшей степени они выражены в период синдрома отмены и в постабстинентный период. Преобладающей симптоматикой являются тревога и дисфория. Имеется четкая связь между выраженностью аффективных расстройств и интенсивностью патологического влечения к наркотикам. Учитывая, что аффективные нарушения являются облигатными при героиновой наркомании, обязательным компонентом терапии должно быть применение антидепрессантов, которые следует назначать после купирования острого абстинентного синдрома. (АС) Выбор конкретного антидепрессанта определяется структурой аффективных расстройств и состоянием пациента.Одной из наиболее тяжелых и наиболее распространенных в настоящее время в нашей стране форм зависимости является опийная (героиновая) наркомания. Злоупотребление героином на всех этапах сопровождается психической патологией, в структуре которой значительное место занимают своеобразные аффективные нарушения. При этом они могут быть составной частью, синдромом и основой для других психических нарушений (волевых, мотивационных, нарушений влечения) [1,8, 10].

Цель исследования. Изучить выраженность аффективных расстройств у больных с героиновой наркоманиейМатериал и методы исследования. Нами изучались все больные героиновой наркоманией, проходившие стационарное лечение в отделении клинических исследований наркоманий РНЦ наркологии в 2011—**2013** гг. Всего было изучено 82 пациентов: мужчины в возрасте от 21 до 49 лет. Большая часть больных была в молодом возрасте — до 29 лет. Длительность употребления наркотиков колебалась от 6 мес. до 6 лет (трое больных были с длительностью наркотизации 17—18 лет). Героин в большинстве случаев больные начинали употреблять путем вдыхания, затем, по мере роста толерантности, переходили на внутривенное введение. Потребляемые дозы значительно различались — от 0,2 до 1 г в сутки, реже — более высокие. Но часто дозы трудно было определить точно, так как больные называли те дозы, которые им указывали продавцы наркотика. (таб.1)

Таблица 1.

Анамнестические данные пациентов с героиновой наркоманией

Социальное положение больных-82	**Число больных**	**процент**
Возраст, лет		
21-25;	12	15,8
26-30;	18	23,7
31-35;	34	44,7
35 и старше.	12	15,8
Образование :		
неполное среднее;	15	19,7
среднее;	14	18,4
среднее специальное;	18	23,7
незаконченное высшее;	16	21,1
высшее;	13	17,1
Семейное положение:		
Разведен;	12	15,8
Женат;	54	71
Не женат.	10	13,2

Наследственная отягощенность:		
Алкоголизм;	17	22,4
наркомания;	10	13,2
эндогенные психозы;	12	15,8
психопатия.	7	9,2
Структура личности:		
демонстративная личность;	18	23,7
педантичная застревающая;	8	10,5
личностивозбудимая личность;	16	21,1
интровертированная личность;	22	28,9
гипотимная личность.	8	10,5
	4	5,2
Трудовая деятельность:		
Учится;	4	5,2
Работает по специальности;	8	10,5
Работает по не специальности;	21	27,6
Эпизодические заработки.	43	56,6

Результаты исследования. Как показали проведенные исследования, почти в половине случаев у изученных больных выявлялась наследственная отягощенность алкоголизмом, психопатиями, психическими заболеваниями. Наиболее часто встречался алкоголизм отцов и других родственников — в 22,4 % случаев. Лишь в 9,2 % у родственников больных выявлялись аффективные психозы или суициды, т.е. практически наследственность больных почти не была отягощена аффективной патологией. Почти в 84,2% случаев в преморбиде больных можно было отметить наличие патологических личностных девиаций, в основном акцентуаций характера, реже — психопатий. Преобладали черты повышенной возбудимости, истероформности, патологической конформности. В отдельных случаях в анамнезе выявлялись черты аффективной неустойчивости или реактивной лабильности. Часть больных (15,7%) отмечали у себя повышенную чувствительность, ранимость, затяжные реакции на психотравмирующие ситуации.Мотивами первого употребления наркотиков у мужчин были преимущественно любопытство и подражание действиям друзей из наркоманических компаний. Первая наркотизация у больных, как правило, не была связана с расстройствами настроения.К концу первой недели лишения наркотиков у части больных можно было наблюдать собственно депрессивные расстройства, иногда даже с предсердечной тоской, но обычно без двигательной заторможенности. В то же время более чем у половины пациентов преобладала тревога и было выражено двигательное беспокойство. По особенностям клинико-психопатологической структуры в этот период целесообразно было выделять три основных варианта аффективных нарушений: астено-де прессивное, тревожно-депрессивное и тревожно-дисфорическое состояние, где в одинаковой степени были выражены тревога и дисфория. Наиболее часто встречался последний вариант.Но и в других случаях, практически всегда, депрессивные жалобы больных сопровождались в той или иной степени выраженной раздражительностью, общим недовольством окружающей обстановкой и склонностью к дисфорическим реакциям. Поэтому настроение больных скорее всего можно было охарактеризовать как угрюмое, мрачное, что позволило в свое время обозначить его как «дисфорично-угрюмая подавленность» [2,4,8,10]. В период регулярного приема наркотиков, при прекращении их действия для больных были характерны дисфорические реакции на фоне лабильности и неустойчивости настроения. Аффективные расстройства были тесно связаны с патологич,еским влечением к наркотику. Это согласуется с данными других авторов, занимавшихся изучением психопатологических нарушений при наркоманиях (рис.1)

Оценка выраженности аффективных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью в период становления ремиссии по 5 группам.Нарушения в аффективной сфере были выявлены у большинства исследованных больных (78%) практически на всех этапах заболевания. Они формировались, как правило, в процессе наркотизации. Постепенно, по мере употребления героина настроение у больных становилось неустойчивым, лабильным. Периодически у больных дисфорические аффективные расстройства выступали на первый план, способствуя нарушениям поведения, которое становилось психопатоподобным, сопровождаясь нередко злобностью, даже агрессивностью. Это чаще всего свидетельствовало об актуализации влечения к наркотику. [1, 4, 6].В целом наблюдался определенный параллелизм между тяжестью депрессии и дисфории и выраженностью влечения к наркотикам. Усиление депрессивной симптоматики с характерной дисфорической окраской почти всегда свидетельствовало об актуализации патологического влечения к наркотикам и требовало проведения соответствующих терапевтических мероприятий. Уровень патологического влечения к наркотикам соответствовал тяжести психопатологической симптоматики. (Рис.2.)Рис.2. Средние показатели ПВ в группах пациентов с героиновой наркоманией с различными типами аффективных расстройств.Определенные особенности де-

прессивных расстройств наблюдались в динамике заболевания, в период становления ремиссии.Особенности депрессий в период ремиссии при наркоманиях, обусловленных употреблением кустарных опиатов, в свое время были описаны. [9]. И при героиновой наркомании в ремиссии у больных периодически снижалось настроение, что сопровождалось выраженным беспокойством, тревогой, дисфорией. Это всегда указывало на обострение влечения к наркотикам. [1,3,7,9]. Часто аффективные расстройства при героиновой наркомании имеют субклинический характер, что позволяет говорить о гипотимии. На психологическом уровне это выражается неспособностью пациентов в полной мере испытывать чувство комфорта и удовольствия. Прием наркотика в таких случаях обеспечивает достижение своеобразной компенсации присущего больному дефекта эмоциональной сферы. [2,3,4 ,9,10].Несмотря на отмеченное выше своеобразие аффективных нарушений при героиновой наркомании, следует подчеркнуть, что они являются облигатными и требуют, безусловно, коррекции. Учитывая это , обязательным компонентом любой схемы терапии должно быть применение антидепрессантов, которые следует назначать после купирования острого АС. Коррекция аффективных нарушений, имеющихся у больных героиновой наркоманией, длительность и успешность их лечения во многом определяют стойкость ремиссии.

Выводы. Исследования показали, что нарушения в аффективной сфере у больных опийной (героиновой) наркоманией выражены в той или иной степени практически на всех этапах заболевания. Общей закономерностью аффективной патологии у больных героиновой наркоманией является углубление депрессивной симптоматики в период синдрома отмены и особенно в постабстинентный период.

Заключение. Характеризуя особенности аффективных расстройств при героиновой наркомании в целом, следует подчеркнуть, что их клинические проявления отличаются от таковых, наблюдаемых при эндогенных депрессиях или неврозах. Четкого депрессивного синдрома со всеми составляющими, как правило, не наблюдается, как и свойственных эндогенным депрессиям соматических и вегетативных компонентов депрессий. Таким образом, и в ремиссиях выявлялась четкая взаимосвязь аффективных нарушений с патологическим влечением: при появлении у больных сниженного настроения, тревоги, усиления дисфории следует предполагать усиление патологического влечения к наркотикам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): Автореф. дисс. на соискание учен, степени д.м.н. — М., 2004. — 34 с.2.Гольдрин С.Э. Особенности аффективных расстройств у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание учен, степени к.м.н. — М., 2003. — 25 с..

3. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Распространенность наркологических расстройств в России в 2003—2004 годах. — М., 2005. - 84 с.

4. Литвинцев С.В., Кочеткова Т.Е., Арбузов А.Л., Резник А.М., Кутушев О.Т., Барков Д.А. Роль паксила в коррекции эмоциональных расстройств в постабстинентном периоде у больных героиновой наркоманией// Вопросы наркологии. — 2003. — №4. - С. 18-23.

5. Рохлина М.Л. Аффективные расстройства в структуре влечения при героиновой наркомании// Аффективные и шизоаф- фективные расстройства: Материалы конференции. — М., 2003.С. 217-218.

6. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. , Янушкевич М.В., Ван- дыш М.В. К оценке роли различных классов лекарственных средств в терапии опиоидной зависимости// Психиатрия и психофармакология. — 2004. — Т. 6, №3. — С. 110—112.

7. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание учен, степени к.м.н. — М., 1994.

8. Иванец Н.Н. ,Игонин А.Л. О типологии аффективных нарушений при алкоголизме.-В кн.: Аффективные нарушения нарушения при алкоголизме.Л.,1983,9-13.

9. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения психотропным веществам / М. Политек - Ф. - 2000. – 16 с.

10. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний // В кн.: Руководство по наркологии /Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 1. С. 8-32.

УДК:616.89-008.441.33:615.851-08

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОТИВАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ашуров З.Ш., Ким Д.П., Абдуллаева Г.К.
(ТМА)

Большинство работ в этой области посвящено изучению эффективности мотивационной психотерапии у больных с наркотической зависимостью. Исследований, посвященных изучению дифференцированной оценки эффективности мотивационной психотерапии у пациентов с наркотической зависимостью, очень мало. В ходе исследования выделены пациенты, отличавшиеся уровнем готовности измениться. Оценка эффективности требует дифференцированного похода к каждому пациенту.

Ключевые слова: мотивация, психотерапия, зависимость, абстиненция, эффективность.

НАРКОТИККА ҚАРАМ БЕМОРЛАРДА МОТИВАЦИОН ПСИХОТЕРАПИЯНИНГ ЭФФЕКТИВЛИГИНИ НИСБИЙ БАҲОЛАШ

Ушбу соҳадаги кўп текширувлар гиёҳванд беморларда мотивациялашган психотерапиянинг эффективлигини аниқлаштиришга ва текширишга йўналтирилган. Гиёҳванд беморларда мотивацион психотерапияни дифференциал баҳолашга асосланган текширув ишлари жуда ҳам кам. Текширув жараёнида, ўзгаришга тайёр ҳар ҳил бемор ажратилди. Психотерапия эффективлигини баҳолашда, ҳар бир беморга дифференциал ёндошув талаб қилинади.

Калит сўзлар: мотивация, психотерапия, абстиненция, қарамлик, эффективлик

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF MOTIVATIONAL PSYCHOTHERAPY AMONG PATIENTS WITH DRUG ADDICTION

Most work in this area is devoted to studying the effectiveness of motivational therapy in patients with drug addiction. Research on the differentiated evaluation of the effectiveness of motivational therapy in patients with drug dependence is very small. In the study, patients stood out, have different levels of readiness to change. It was shown that the evaluation of performance requires a differentiated approach to each patient.

Key words: motivation, psychotherapy, abstinence, addiction, efficiency.

Психотерапия у пациентов с наркотической зависимостью является одним из важных компонентов комплексной реадаптации [4,5]. В настоящее время имеется огромное количество психотерапевтических процедур и, часто единственное, что от них требуется – это эффективность [5,8]. Эффективность психотерапии – это производное терапевтического союза, или альянса между пациентом и психотерапевтом. Причем, как было показано в исследованиях [7,8,9] статистически достоверной разницы в эффективности различных психотерапевтических подходов не существует. В этом плане пациенты с зависимостями являются идеальным объектом исследования эффективности психотерапии, так как основной мишенью ПТ воздействия здесь является патологическое влечение к психоактивному веществу [1,2,3], которое самоактуализируется посредством киндлинг-эффекта [7] и, вследствие этого не склонно к самозатуханию, что снижает долю спонтанных ремиссий. Исследование охватило 35 больных героиновой наркоманией, проходивших лечение в клинике РНЦ в период с 2012 года по 2013 год. Все мужчины . Критерий включения в исследование: пациенты с диагнозом по МКБ – 10 «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением опиоидов; синдром зависимости (код F11.2); синдром отмены, обусловленный употреблением опиоидов (код F11.30). Возраст пациентов составил от 27 до 45 лет (в среднем 36 лет). По возрастным периодам больные распределились следующим образом: 27-32 лет (9 чел.), 33-37 лет (10 чел), 38-42 лет (10 чел.), от 42 и старше (6 чел.).

При исследовании наследственной отягощенности было выявлено, что среди родителей больных в 16 случаях (46,8 %) имело место злоупотребление алкоголем , в 14-ти семьях у отца (41,2%) и в 2 семьях — у матери (5,5%). Больные без алкогольного отягощения среди родственников I степени родства составили 18 человек (53,2 %). Наркомании в роду больных (в разных степенях родства) отмечены в 2 случаях (5,5 %). Эндогенные заболевания среди родственников встречались в 3 случаях (7,8%), при которых имело место и злоупотребление алкоголем. По уровню полученного образования больные распределились следующим образом: высшее образование имели 12 человек (33,0 %), незаконченное высшее — 16 человек (44,9%), среднее специальное—4 человек (13,8 %), среднее общее — 8 человек (24,7%), неоконченное среднее общее — 2 человек (5,5%), т.е. преобладали пациенты с незаконченным высшим образованием. Трудовая занятость больных на момент обследования была такова: всего работало — 9 человек (25,6%), из них по специальности – 2 человека (5,5%). Остальные обследуемые либо не работа-

ли 26 человек (74,4%), либо были заняты неквалифицированным трудом, чаще всего не соответствующим полученному ими образованию. 3 человек (7,7%) из обследованной группы были учащимися различных высших учебных заведений (платных факультетов), которые чаще всего не посещали. Приведенные данные отражают нарушения в социальной адаптации основной части обследованных больных.Возраст начала употребления наркотиков колеблется от 12 до 24 лет, но наиболее часто это происходило в возрасте 15-18 лет. Первым наркотиком, который пробовали пациенты (в 48% случаев), был гашиш. Первые пробы основного наркотика (героина) происходили в возрасте 13-27 лет, в основном в 15-20 лет. Токсические реакции на первый прием героина в виде тошноты, рвоты отмечали – 29 человек(84,4%). Неприятные ощущения отсутствовали изначально у 6 человек (15,6%). Среди обследованных пациентов у 22 (66,9%) героин сразу же, практически после 3-4 приемов, становился основным наркотиком. Длительность эпизодического приема варьировала в среднем от 1 месяца до 2,5 лет и составляла в среднем 2,4 ± 0.7 месяца. Абстинентные явления у 21 (63,3%) больных, которые самостоятельно пытались прекратить наркотизацию, сформировались через 3-6 месяцев от начала систематического употребления наркотика, через 7-10 месяцев – у 11 (10,0%) больных, через 1 год - у 8 человек. Очень быстро, за 1-2 месяца, формировался абстинентный синдром у 18 (16,5%) человек. Длительность систематического приема опиатов до момента первичной госпитализации составляла от полугода до 6 лет, в среднем 2,9±1,19года. Давность заболевания до 1 года была у 2 больных, от 1 года до 3 лет – у 5 больных, от 3-5 лет – у 9 больных, свыше 5 лет – у 19 больных.

Длительность сформированной зависимости от наркотиков составляла от полугода до 9 лет (в среднем 4,31±1,03 года). Толерантность колебалась от 0,25 до 3,0 гр. героина в сутки. Доза употребления наркотика отчасти связана с материальными возможностями пациента, доступностью героина.

Было выявлено две группы пациентов. Первая группа пациентов давала изначально более высокие показатели по тесту личностной ориентации [6], демонстрировала более высокий уровень эмпатии и «базисного» (Э. Эриксон) доверия. Показатели MMPI этой группы соответствовали стеническому типу реагирования личности. Эта группа воспринимала поведенческие психотерапевтические технологии как мало важные и второстепенные и стремилась уделять больше внимания и времени в беседе анализу своей потребностно-мотивационной сферы, то есть обладала высокой восприимчивостью к гуманистической психотерапии. Динамика внутриличностных изменений более отчетливо фиксировалась тестом личностной ориентации, чем тестом MMPI.Вторая группа пациентов в целом показала меньший уровень доверия и эмпатии и более высокий уровень алекситимии в сравнении с первой группой. Также вторая группа характеризовалась изначально более низкими показателями теста личностной ориентации, гипостеническим типом реагирования личности по тесту MMPI. Пациенты этой группы охотнее участвовали в поведенческой психотерапии и были практически резистентны к гуманистической. Динамика их внутриличностных изменений более отчетливо отражалась MMPI и практически не фиксировалась тестом личностной ориентации. Таким образом, если в первой группе пациентов имеется готовность измениться, используя свой потенциал («мотивация К», мотивация достижений, мотивация реализации Бытийных потребностей по А. Маслоу), вторая группа охотнее стремилась к коррекции дефектов («мотивация От», мотивация избегания неудач, Дефицитарная мотивация по А. Маслоу) [10]. Соответственно и динамика психотерапии отслеживалась в первой группе тестом личностной ориентации [6], который определяет величину изначального потенциала и его увеличение в ходе психотерапии, а во второй группе тестом MMPI, который, фиксирует величину дефекта и его уменьшение в ходе психотерапии. Полученная информация является статистически достоверной, она подтверждает важность дифференцированного подхода в оценке эффективности психотерапии у пациентов с наркотической зависимостью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер В. Б., Патологическое влечение к наркотику, М., «Имидж», 1994.
2. Альтшулер В. Б., Сб. докладов симпозиума «Нейропсихотропные препараты», М., 1995, 136-142.
3. Альтшулер В. Б., Лекции по наркологии (под ред. проф. Н. Н. Иванца), М., «Нолидж», 2000, 116-133.
4. Иванец Н. Н., Кинкулькина М. А. Лечение зависимости // Новости медицины и фармации. - 2001. - № 15-16.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. В кн.: Руководство по наркологии (в 2 томах). М: Медпрактика 2002; 2: 6—24.6. Рукавишников А. А. Опросник личностной ориентации (ЛиО). . Практическое руководство.- М.: Генезис, 2002. 7. Ballenger, J. C.; Post, R. M. Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. Br. J. Psychiatry 133:1-14; 1978.8. Bergin A. E. The evaluation of therapeutic outcomes // Handbook of

Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis/Eds A. E. Bergin, S. L. Garfield. N. Y.: Wiley, 1971. 9. Bergin A. E., Lambert M. J. The evaluation of therapeutic outcomes // Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis / Eds S. L Garfield, A. E. Bergin N. Y.: Wiely, 1978. 10. A. Maslow Motivation and Personality, 2006.

УДК: 616.89-008.441.33:616.89-008

ПСИХОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ САМООЦЕНКИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Хайрединова И.И., Усмонов О. Т.
(ТМА)

Актуальность работы определяется необходимостью исследования механизмов нарушения произвольной регуляции и контроля психической деятельности у больных опийной наркоманией, связи этих нарушений со структурированностью и устойчивостью самооценки. Целью исследования – анализ самооценки больных опийной зависимостью и выявление взаимосвязи между выраженностью депрессии, длительностью ремиссии и самооценкой. Исследованию подверглись 66 больных опийной наркоманией, которые были разделены на две группы. Группа (А) – 36 пациентов, в состоянии опийного абстинентного синдрома или в состоянии становления ремиссии. Группа (В) - 30 пациентов с длительностью ремиссии свыше 6 месяцев. Выявлено, что уровень самооценки у больных группы В значительно выше, чем группы А.

Ключевые слова: самосознание, психическое функционирование, неадекватная самооценка, депрессия, ремиссия.

ОПИЙ НАРКОМАНИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ЎЗ-ЎЗИНИ БАҲОЛАШНИ ПСИХОМЕТРИК ТЕКШИРИШ

Тадқиқотнинг долзарблиги опий наркоманияли беморларда рухий фаолиятни назорат қилиш ва ихтиёрий бошқариш механизмларининг бузилишини, шунингдек ушбу бузилишларни ўз-ўзини баҳолашнинг турғунлиги ва структураси билан боғлиқлиги билан белгиланди.Текшириш мақсади опийга қарам беморларни ўз-ўзини баҳолашни таҳлил қилиш ва депрессиянинг яққоллик даражаси билан ремиссияларнинг давомийлиги ва беморларни ўз-ўзини баҳолаш ўртасидаги ўзаро боғлиқликни ўрганишдан иборат бўлди. Опий наркоманияли 66 та бемор текширувдан ўтказилди, 2 гурухга бўлинди. А гуруҳ - опий абстинент синдроми ёки ремиссия юзага келаётган ҳолдаги 36 та беморлар; Б гуруҳ - ремиссиянинг давомийлиги 6 ойдан ортиқ бўлган 30 та беморлардан ташқил топган. Текширувда В гуруҳ беморларда ўз-ўзини баҳолаш даражаси А гуруҳ беморларига нисбатан сезиларли даражада юқори эканлиги аниқланди.

Калит сўзлар: ўз-ўзини англаш, руҳий фаолият, ўз-ўзини ноадекват баҳолаш, депрессия, ремиссия.

PSYCHOMETRIC SELF- STUDY OF PATIENTS OPIAT ADDICTION

Relevance of the work is determined by the need to study the mechanisms of violation of regulation and control of mental activity in patients with opioid addiction, according to the structure of these disorders and self-sustainability. The aim of the study was to analyze the self-esteem of patients with opioid dependence and to identify the relationship between depression severity, duration of remission and self-esteem. We have studied 66 patients with opioid addiction, who were divided into two groups. Group (A) - 36 patients with opium withdrawal symptoms or remission less than 6 months. Group (B) - 30 patients with remission over 6 months. The results revealed that the level of self-esteem of patients in the group B is significantly higher than that of Group A.

Key words: self-consciousness, mental activity, inadequate self-rating, depression, remission.

Введение. В последнее время проблема наркомании все чаще рассматривается как серьезная угроза здоровью населения. Значительное увеличение числа наркопотребителей с неизбежностью влечет за собой резкий рост заболеваемости. Кроме того, в группе лиц, злоупотребляющих наркотиками по некоторым данным показатели травматизации и суицидальных попыток значительно выше, чем в среднем в популяции[4,7], и они зачастую вовлекаются в различные виды криминальной деятельности. Еще одной очень опасной тенденцией, наблюдаемой в нашем обществе, является увеличение удельного веса детей и подростков в группе потребителей наркотиков[1]. Совокупное воздействие всех этих факторов приводит к целому ряду трудноразрешимых социальных проблем: ухудшению криминогенной обстановки в обществе, резкому

росту показателей смертности как среди подростков, так и среди молодых людей, низким показателям трудовой занятости, ухудшению качества жизни потомства лиц, злоупотребляющих наркотиками.

Тем не менее, существующие и применяемые на данный момент методы лечения и реабилитации лиц, страдающих наркотической зависимостью, оказались малоэффективными. Существующий на данный момент подход к лечению наркомании предполагает лишь констатацию тех или иных психопатологических расстройств у больного, в то время как психологические механизмы формирования наркотической зависимости остаются не до конца раскрытыми. При этом еще в 30-е годы 20 века было установлено, что только медикаментозное лечение зависимости от психоактивных веществ не приносит пользы, т.к. роль химических веществ, вызывающих у пациента зависимость, обусловлена и психологически[4]. Другой преградой на пути выздоровления и реабилитации лиц, страдающих химической зависимостью становится восприятие наркоманов, как людей, руководствующихся исключительно соображениями собственного удовольствия и комфорта и подверженных разнообразным деструктивным тенденциям.

Исследования самосознания человека, особенно интенсивно проводившиеся в последние десятилетия, позволили подойти к проблеме нарушения психического функционирования с совершенно новых позиций. Результаты исследований особенностей психического функционирования наркологических больных указывают на важность нарушений самосознания в формировании различных видов аддиктивного поведения [2, 3, 10,11,12]. У людей, страдающих наркотической зависимостью, недостаточно развита «Я-концепция», снижены способности к рефлексии, им свойственна неадекватная самооценка[4,8,9]. Нарушения самоконтроля проявляются у этих пациентов как в склонности к немедленному отреагирования своих переживаний, так и в невозможности контролировать собственное поведение.

Актуальность работы определяется необходимостью исследования механизмов нарушения произвольной регуляции и контроля психической деятельности у больных опийной наркоманией, а также связи этих нарушений со структурированность ю и устойчивостью самооценки.

Цель исследования: анализ самооценки больных опийной зависимостью и выявление взаимосвязи между выраженностью депрессии, длительностью ремиссии и самооценкой.

Материал и методы исследования: работа проводилась в 2011-2013 годах в Республиканском Наркологическом Центре. Исследованию подверглись больные с опийной наркоманией, злоупотреблявшие только наркотиками данной группы. Всего обследовано 66 человек в возрасте от 17 до 40 лет; преобладающий возраст больных от 21 до 25 лет (52,8%); средний возраст мужчин -25,5 лет±5 лет, средний возраст женщин - 24,2 года±5 лет.

В зависимости от длительности ремиссии больные были разделены на две группы.

Группа (А) – 36 пациентов (32 мужчин и 4 женщин), находившихся на стационарном лечении в состоянии опийного абстинентного синдрома или в состоянии становления ремиссии (от последнего употребления наркотика прошло не более 30 дней). Группа (В)- 30 пациент (28 мужчин и 2 женщины) с длительностью ремиссии свыше 6 месяцев, прошедший курс реабилитации и находившийся под наблюдением врача нарколога диспансера.

Употреблению наркотических средств во всех 66 наблюдениях преобладающим возрастом начала алкоголизации в обеих группах был возрастной интервал от 12 до 14 лет. В дальнейшем больные переходили на курение марихуаны или употребление опиатов (героина). Преобладающим возрастом начала злоупотребления наркотиками для (А) группы является возрастной интервал от 16 до 18 лет (26,3%), для (В) группы - от 14 до 16 лет (31,4%). Средняя длительность злоупотребления опиатами в (годах). В А группе составило - 6,3 (мужчины) и 4,2(женщины), в В группе- 7,2(мужчины)и 5,7 (женщины).

Для проведения эксперимента использовался метод, предложенный Т. Дембо и модифицированный С.Я. Рубинштейном для идентификации самооценки, критичности и сознания болезни у взрослых и детей [5,6]. Кроме того, были добавлены еще два показателя: «красота» и «успех». Во время исследования выяснялись мотивы самооценки, устанавливалось, почему испытуемый оценил себя так, а не иначе, какие недостатки видит в себе, какие качества ценит в других, что ему не нравится, кого и почему он поставил на полярные полюса прямой. Анализ экспериментальных данных проводился прежде всего с учетом положения отметок на линиях. Чтобы установить количественные и качественные взаимосвязи между положением этих отметок и соответствующими высказываниями пациентов была разработана структурно-числовая квалиметрическая шкала оценки признака (каждая линия была разбита на 10 равных интервалов от 0,0 до 1,0) и клинико-психометрическая интервально-уровневая модификация шкалы самооценки: I уровень (0—0,3) - слабая выраженность признака, 0,4-0,6 - средняя выраженность **Результаты.** На основе полученных данных была составлена интервально-уровневая группирующая таблица (табл. 1).

В общей группе обследованных больных (п=66) выраженность депрессии по шкале Гамильтона обнаруживала высокую значимую корреляцию с длительностью ремиссии (rs=0,757; p<0,001).

Средний балл по шкале депрессии Гамильтона (21 пункт) для пациентов (А) группы составлял 19,8 баллов, а для (В) группы - 1,4 балла (p<0,001, t=3,39).

Внутри групп обнаруживалась устойчивая тенденция к зависимости самооценки здоровья от уровня выраженности депрессии. При самооценке здоровья примерами самых : здоровых людей назывались спортсмены, а также «люди, никогда не употреблявшие наркотики»:, «люди, у которых ничего не болит, которые не обращались к врачам», «люди, у которых все хорошо». В пример самых больных людей назывались -злоупотребляющие наркотиками в настоящее время, хронические алкоголики, раковые больные, немощные старики и инвалиды. Низкую самооценку обнаруживали пациенты с выраженной депрессией, многолетней наркотизацией и сопутствующей ей соматической отягощенностью (ВИЧ, гепатиты В и С). Для этих больных характерно мнение о том, что обращение за медицинской помощью - это последняя возможность избежать смерти.

Высокую самооценку обнаруживали пациенты с отсутствием претензий к состоянию своего здоровья, низкой критикой к употреблению наркотиков, отсутствием тяжелых соматических заболеваний, хорошей динамикой выздоровления.

Таблица 1 Группирующая интервально-уровневая модификация шкалы самооценки по группам (Тесты самооценки)

Уровень	«Здоровье»		«Ум»		«Характер»		«Счастье»		«Красота»		«Успех»	
	А	В	А	В	А	В	А	В	А	В	А	В
I	5,8%	21,6%	17,6%	1,9%	26,3%	11,8%	19,3%	3,9%	7,1%	3,9%	24,6%	2%
II	52,7%	31,4%	45,6%	35,3%	47,4%	33,%	49,1%	21%	47,4%	29,4%	45,6%	33,3%
III	10,5%	47,0%	36,6%	62,7%	26,3%	54,9%	31,6%	74,5%	45,6%	66,7%	29,8%	64,7%

Отчетливо видна разница между самооценкой больных А и В групп. В I группе только у 10,5% пациентов констатирован третий уровень самооценки «здоровья», а во II группе третий уровень самооценки отмечался у 47% больных (p<0,001).

При самооценке «ума» 62,7% пациентов (В) группы сочли свой интеллектуальный уровень высоким против 36,6% пациентов (А) группы (p<0,001). 17,6% больных А группы и 1,9% В группы считали интеллектуальный уровень низким (p<0,001). Самыми умными назывались ученые, математики, физики, гении, «люди, не употреблявшие наркотики». Глупостью многие называли то, что очень легко позволили втянуть себя в употребление наркотиков.

Оценивая свой «характер», 26,3% пациентов А группы и 11,8% больных В группы (p<0,001) высказали множество претензий к нему (конфликтность, грубость, раздражительность, эгоистичность, лживость, излишние мягкость и внушаемость). Это выразилось в низкой самооценке: 54,9% -В группы и 26,3% -А группы.

При самооценке «счастья» несчастными считали 19,3% пациентов А группы и 3,9% пациентов В группы (p<0,001). Они объясняли такую самооценку длительным употреблением наркотиков потерей друзей. Подавляющее большинство больных В группы (74,5%) высоко оценило уровень своего счастья.

При самооценке «красоты» отмечается высокий процент формальных ответов, низкий уровень критики. В подавляющем большинстве случаев пациенты обеих групп оценивали свою внешность, не вдеваясь в суть понятия о красоте.

Самооценка «успеха» была весьма своеобразной. Для пациентов обеих групп данный тест оказалась одним из самых значимых. 24,6% пациентов А группы посчитали себя неудачниками, а в В группе- 2% (p<0,001).

29,8 % больных А группы и 64,7% пациентов В группы считали себя успешными (p<0,001), наиболее частая интерпретация успеха - это возможность жить, отказ от наркотиков, наличие крепкого здоровья, материального достатка, гармония в семейных отношениях.Сила и направление корреляционной связи между тестами самооценки и уровнем депрессии по шкале Гамильтона в общей группе (п=66) представлены в таблице 2.

Таблица 2 Сила и направление корреляционной связи между тестами самооценки и уровнем депрессии по шкале Гамильтона

Сравниваемые признаки	rs	t	P
Длительность ремиссии и глубина депрессии по шкале Гамильтона	-0,75739	-11,94	p<0,001
Тест «Здоровье» и глубина депрессии по шкале Гамильтона	-0,48812	-5,758	p<0,001
Тест «Ум» и глубина депрессии по шкале Гамильтона	-0,45959	-5.328	p<0,001

Тест «Характер» и глубина депрессии по шкале Гамильтона	-0,31342	-3,398	p<0,001
Тест «Счастье» и глубина депрессии по шкале Гамильтона	-0,44692	-5,144	p<0,001
Тест «Успех» и глубина депрессии по шкале Гамильтона	-0,37722	-2,851	p<0,001
Тест «Красота» и глубина депрессии по шкале Гамильтона	-0,32205	-2,381	p<0,001

Из таблицы 2 видно, что все тесты самооценки обнаруживали высоко значимые отрицательные корреляции с уровнем депрессии по шкале Гамильтона (p<0,001).

Выводы

С помощью модифицированного теста самооценки Дембо-Рубинштейна удается выявить высокую корреляцию самооценки больных опийной наркоманией с уровнем депрессии по шкале Гамильтона (p<0,001). Чем меньше выражена депрессия, тем выше самооценка.

Имеются высоко значимые различия (p<0,001) выраженности депрессии между пациентами с ремиссией менее 1 месяца и пациентами с длительностью ремиссии более 6 месяцев.

Уровень самооценки у больных с длительностью ремиссии более 6 месяцев значительно выше, чем у больных с длительностью ремиссии менее 30 дней (p<0,001).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бузина Т.Е., Должанская Н.А. Мотивация к поиску острых ощущений как предпосылка к рискованному поведению в отношении наркотизации и ВИЧ-инфекции. .//Вопросы наркологии, 2007, N 3, с.51.

2. Елшанский П.В. Психосемантические аспекты нарушений структурирования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией: Автореф. ...канд. психол.наук. М., 2009

3. Кржечковский А.Ю. Самосознание подростков с адаптированным, девиантным и делинквентным. поведением: Автореф. Дисс... док. мед. наук. СПБ., 2007

4. РахманкинаЕ.Е. Когнитивно-аффективный стиль личности при соматических депрессиях: Автореф. ...канд. психол.наук. М., 2000.

5. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М, 1999. - 414 с.

6. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. - СПб., 2002. - 350 с.

7. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Ал¬когольная и наркотическая зависимость. Практическое руководство для врачей. - М., 2002. - 327 с.

8. Alterman, A.I., Patterns of Familial Alcoholism, Alcoholism severity and f- Psychopathology, J. Nerv. Ment. Dis. 176: 167-175 (2008).

9. Ary D.V., Tildesley E., Hops П., Andrews J. The Influence of Parent, Sibling, and Peer Modeling and Attitudes on Adolescent Use of Alcohol. Int. J. Addict, 28: 853-880(2003).

10. Kohut, H. The Analysis of The Self. New York: International University Press (2001).

11. Krystal, H. Adolescence and The Tendencies to Develop Substance Dependence. Psychoanal. Inqu., 2:581-617 (1982).

12. Krystal, H. Self-representation and The Capacity for Self-care. Ann. Psychoanalysis, 6:209-246. New York: International University Press (2007).

УДК: 616.89-008.441.13:616-06-895.4:615.214.32:616-08

СУБДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Султанов Ш. Х., Шангареев Р. Р.
(ТМА)

Широкое распространение депрессивных расстройств среди больных алкоголизмом диктует необходимость раннего выявления субдепрессивных состояний и назначения адекватной антидепрессивной терапии. Назначение антидепрессантов как средств, подавляющих патологическое влечение к алкоголю, патогенетически оправдано на всех этапах лечения хронического алкоголизма.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, коморбидность, субдепрессивные состояния, патологическое влечение, антидепрессанты.

АЛКОГОЛИЗМДА СУБДЕПРЕССИВ ҲОЛАТ

Алкоголизм билан касалланган беморларни орасида депрессив бузилишларни кенг тарқалганлиги субдепрессив ҳолатларни эрта аниқлаш ва адекват антидепрессив давони буюриш зарурати. Антидепрессантларни алкоголга патологик майлни сусайтирувчи модда сифатида буюриш, сурункали алкоголизмни барча босқичларида патогенетик даволашни оқлашини кўрсатади.

Калит сўзлар: алкоголга қарамлик, коморбидлик, субдепрессив ҳолат, патологик майл, антидепрессантлар.

SUBDEPRESSIVE CONDITION IN ALCOHOLISM

Wide dissemination depression among patients with alcoholism necessitates early detection subdepressive conditions and appointment of adequate antidepressant therapy. It is shown that the prescription of antidepressants as a means of suppressing pathological attraction to alcohol, pathogenesis is justified at all stages of the treatment of chronic alcoholism.

Key words: alcohol dependence, comorbidity, subdepressive conditions, pathological attraction, antidepressants.

Депрессия является частым психическим расстройством, характеризующимся неблагоприятными социальными последствиями. По данным различных авторов, распространенность депрессии среди больных алкоголизмом варьирует от 30 до 65%, что в 2,5-3 раза больше, чем в общей популяции. Развернутые депрессии, отвечающие критериям большого депрессивного эпизода, встречаются приблизительно у 10% больных алкоголизмом, субдепрессии на уровне дистимии – у 30% больных [1,2].

Главной задачей терапии больных алкоголизмом является достижение стойкой длительной ремиссии и предупреждение рецидивов заболевания. В качестве основной терапевтической мишени на всех этапах лечения выступает стержневое расстройство синдрома зависимости – патологическое влечение к алкоголю [3]. Именно обострение патологического влечения приводит к срыву ремиссии и возникновению рецидива. Патологическое влечение зачастую проявляется симптоматикой депрессивного круга. Установлена тесная связь обострения и редукции патологического влечения с усилением и ослаблением депрессивных и дисфорических расстройств. Результаты биологических исследований обосновывают общность основных биохимических механизмов развития депрессии и патологического влечения к психоактивным веществам [7].

В основе формирования патологического влечения также лежат возникающие вследствие длительного злоупотребления психоактивных веществ нарушения нейромедиаторной регуляции деятельности ЦНС, в особенности катехоламиновой регуляции [4].

Все депрессивные расстройства, возникающие у больных алкоголизмом, можно разделить на две основные группы: 1) первичные депрессии (эндогенные и психогенные), развитие которых связано с первичной психической патологией, не являющиеся следствием алкоголизма; 2) вторичные депрессии, являющиеся следствием хронической алкогольной интоксикации [5,6].

Цель настоящего исследования – раннее выявление субдепрессивных состояний у больных алкоголизмом и назначение адекватной антидепрессивной терапии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 32 мужчин в возрасте от 23 до 62 лет, у которых был диагностирован хронический алкоголизм 2 стадии с той или иной прогредиентностью формирования основных признаков заболевания (в среднем около 7-8 лет). Исследование проводилось в условиях Республиканского Наркологического Центра.

В исследование не включались больные с признаками 3 стадии хронического алкоголизма, больные психозами (аффективно-бредовыми, галлюцинаторно-параноидными) алкогольного или неалкогольного генеза, хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения.

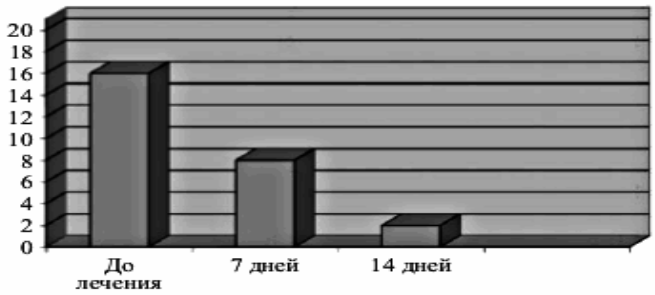
У всех больных отмечалось пониженное настроение, которое, как правило, сочеталось с ощущением безотчетной тревоги, внутренним напряжением, снижением желаний и побуждений к деятельности. Больные обычно употребляли спиртные напитки с целью избавления от тревожно-депрессивных проявлений, отмечали выраженное анксиолитическое действие алкоголя. Помимо этого, отмечались фиксация на жизненных невзгодах и перенесенных обидах, пессимистическая оценка настоящего и будущего, чувство угнетенности.

Почти все больные (92,4%) употребляли крепкие спиртные напитки. Последний период злоупотребления алкоголем заканчивался накануне госпитализации. Средняя суточная толерантность составила 647, 6 мл. водки. Длительность существования алкоголизма колебалась от 3 до 19 лет. 19 пациентов ранее лечились стационарно, 8-амбулаторно, 5 ранее по поводу алкоголизма не лечились. Практически во всех случаях отмечены неблагоприятные социальные последствия заболевания – нарушение семейных отношений (87%), неприятности на работе (71%), снижение профессиональной квалификации (64%). У 18 (56%) больных один или оба родителя злоупотребляли алкоголем или страдали алкоголизмом. У 7 (21%) больных один из родителей

страдал аффективными расстройствами.

Результаты исследования. У обследованных больных, в отличие от пациентов эндогенной депрессией, отсутствовали выраженные суточные колебания настроения, хотя обычно к вечеру депрессивная симптоматика усиливалась (93%), отсутствовали суицидальные тенденции, идеи самоуничижения и самообвинения, идеаторная и двигательная заторможенность.

Депрессивный аффект не достигал значительной глубины и обычно маскировался раздражительностью, недовольством, придирчивостью, ипохондрическими жалобами.



Оценка тяжести депрессии по шкале Гамильтона.

Наиболее частыми вариантами субдепрессивных состояний являлись следующие:

1) простое – с преобладанием сниженного настроения и пониженной самооценкой, 2) тревожно-депрессивное – сочетание гипотимии с ощущением внутреннего дискомфорта, напряжения, беспокойством, ожиданием каких-то неприятностей социального характера и 3) дисфорическое – наличие в клинической картине, помимо сниженного настроения, раздражительности, недовольства окружающим, конфликтности, несговорчивости, стремления разрядить свои отрицательные переживания в конфликтах с окружающим. Встречались и другие варианты субдепрессий: астенический (субдепрессия с раздражительностью и истощаемостью, усиление ощущения слабости к вечеру), ипохондрическая (сочетание пониженного настроения с повышенным вниманием к своему соматическому состоянию и результатам обследования), апатический (наличие вялости и безразличия к своему состоянию и окружающему).

Таблица 1

Наиболее частые варианты субдепрессивных состояний

Тип депрессивного расстройства	Количество наблюдений n=32	
	Абс	%
Депрессивный	9	28,1
Тревожно-депрессивный	13	40,62
Дисфорический	3	9,4
Астено-депрессивный	4	12,5
Депрессивно-ипохондрический	2	6,25
Апатический	1	3,12
всего	**32**	**100%**

Употребление алкоголя у всех обследованных пациентов начиналось со стремления устранить психический дискомфорт (повысить настроение и активность, избавиться от чувства тревоги). В этом отличие описываемой группы больных от лиц, страдающих люцидным алкоголизмом, у которых на начальных этапах приобщения к алкоголю доминируют традиционные мотивы.

Для большинства пациентов (88%) с коморбидными депрессивными расстройствами (субдепрессии) отмечалась слабая выраженность соматоневрологических нарушений и преобладание психической патологии. Характерным было наличие преходящих когнитивных нарушений: ухудшение запоминания (91%), концентрации внимания (84%), воспроизведения нового материала(76%).

Важным для диагностики коморбидной аффективной патологии являлось наличие в анамнезе спонтанных и терапевтических ремиссий. Анализ мотивов возобновления злоупотребления алкоголем свидетельствовал обычно о предшествующем пьянству изменении психического состояния.

Лечение больных алкоголизмом с коморбидными субдепрессивными состояниями начина-

лось с купирования явлений алкогольного абстинентного синдрома (ААС), т.е. с проведения дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии. После купирования ААС в терапию включались антидепрессанты, обладающие седативным и анксиолитическим действием, но лишенные серьезных побочных эффектов – в первую очередь холинолитических свойств. Больные с преобладанием тревоги получали венлафаксин, с аффективной симптоматикой – миртазапин, с преобладанием апатии и астении – флуоксетин. На 2-3 дни лечения заметно улучшалось физическое состояние (64%), исчезали слабость (58%), вялость (60%), пассивность (61%). В постабстинентном периоде, начиная с 7-9 дня терапии антидепрессантами, отмечалась значительная стабилизация состояния (76%), влечение к алкоголю дезактуализировалось (78%), тревога редуцировалась (69%), настроение выравнивалось (73%). Больные включались в психотерапевтический процесс, появлялась мотивация на лечение и отказ от употребления алкоголя.

Использование шкалы общего клинического впечатления позволило достоверно подтвердить ($p \leq 0,05$) значительный терапевтический эффект антидепрессантов на постабстинентном этапе лечения и во время прохождения медико – социальной реабилитации.

Выводы

Антидепрессанты различных групп воздействуют на различные нейромедиаторные системы, приводя в конечном итоге к одному результату – нормализации катехоламиновой регуляции. Назначение антидепрессантов как средств, подавляющих патологическое влечение к алкоголю, патогенетически оправдано на этапах лечения хронического алкоголизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Weissman MM, Myeis JK. Clinical depression in alcoholism. Amer J Psychiat – 2000; 137: 372–3.
2. Mayfield D. Alcohol and affect: Experimental studies. Experimental studies in alcoholism and affective disorders. NewYork, 2001; P.99–108.
3. Александрова Н.В., Гофман А.Г., Крылов Е.Н. Аффективные эквиваленты первичного патологического влечения к алкоголю и их купирование // Современные методы биологической терапии психических заболеваний. Тезисы Международной конференции. – Москва, 2004.-С. 5.
4. Анохина И.П. Алкоголизм и депрессии - взаимосвязь биологических механизмов // Рос. психиатрический журнал -1998.-№6 – С.30-33.
5. Ойфе И.А. Злоупотребеление алкоголем и эндогенные депрессии. Автореф. дисс. … канд. мед. наук, М., 1999.
6. Гофман А.Г., Александрова Н.В., Граженский А.В. и др. Депрессивные нарушения в структуре основных синдромов алкоголизма и их купирование. Пособие для врачей. М., 1999.
7. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. М.: “Имидж”. 2006.
8. Гофман А.Г., Крылов Е.Н., Граженский А.В. и др. Эффективность коаксила и амитриптилина при лечении больных алкогольной зависимостью и депрессивными расстройствами в структуре абстинентного синдрома. Социальная и клиническая психиатрия. 2001; II (Вып. 3): 41–43.
9. Иванец Н.Н. Место антидепрессантов в терапии патологического влечения к алкоголю. Лекции по наркологии (под редакцией проф. Н.Н.Иванца). М.: Медпрактика. 2001; С. 117–126.
10. Сайков Д.В., Сосин И.К. Алкогольная депрессия. Харьков. 2004г., 335 стр.

УДК 616.-053.31+618.3-008.6.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Эргашбаева Д.А., Хусанова Х.А., Инакова Б.Б., Адылова Г.Р.
(АндГосМИ)

В работе описаны особенности показателей антропометрии 100 новорожденных от женщин с преэклампсией (ПЭ) в зависимости от их пренатального гестационного возраста, в сравниваемом аспекте до 30 детей, родившихся от женщин без признаков ПЭ и экстрагинетальных заболеваний. Обосновывается вывод, что среди детей, родившихся от женщин с преэклампсией, концентрированы незрелые дети (доношенные и недоношенные), объективная оценка которых в раннем неонатальном периоде имитирует клинику гипоксически-ишемической энцефалопатии и ее осложнений.

Ключевые слова: новорожденные, незрелые, преэклампсия

ПРЕЭКЛАМПСИЯЛИ АЁЛЛАРДАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Ушбу мақолада, преэклампсияли аёллардан туғилган пренатал-гестацион ёшига нисбатан 100 та чақалоқларнинг антропометрик кўрсаткичлари баён этилган, солиштирув мақсадида преэклампсияси ва экстрагенитал патологияси бўлмаган аёллардан туғилган 30 та чақалоқ олинди. Преэклампсияли аёллардан туғилган чақалоқлар орасида етилмаган (муддатига етиб ва муддатига етмай туғилган чақалоқлар) болалар кўпроқ учраб, эрта неонатал даврда бош миянинг гипоксик-ишемик энцефалопатияси клиникаси ва асоратлари билан намоён бўлади.

Калит сўзлар: янги туғилган чақалоқлар, етилмаганлик, преэклампсия.

TO PARTICULARITY OF THE PHYSICAL DEVELOPMENT NEWBORN BORING FROM WOMEN WITH PREECLAMPSIA

In work is described particularities of the factors anthropometria 100 newborn, been born from woman's with preeclampsia depending on their postnatal gestation age, in compared aspect before 30 children, been born from woman's without sign PE and extragenital of the diseases. It is done conclusion that amongst children, boring from women with preeclampsia, are concentrated unripe children (maturely and born prematurely), objective estimation which in early neonatal period imitated the clinic an hypoxic-ischemic encephalopathy and its complications.

Key words: newborn, unripe, preeclampsia.

В настоящее время вопросы оценки мониторинга над физическим развитием детей приобретает особую актуальность, а антропометрические показатели являются одним из основных индикаторов здоровья населения [5, 6, 12].Научные работы по антропометрии детей многочисленны, их число продолжает расти [1, 2, 9, 11]. Однако, параметры физического развития детей с учетом их физиологического состояния в различные возрастные периоды остаются вне поля зрения исследователей. Изучение показателей антропометрии новорожденных с учетом их физиологической зрелости при различных патологиях матери во время беременности позволил бы педиатрам определять круг заболеваний характерных им и прогнозировать их состояния в ближайшем неонатальном периоде жизни.

Материалы и методы исследования. Обследовано 97 рожениц с различными проявлениями ПЭ (основная группа) со сроком гестации 33-42 нед. ПЭ устанавливалась согласно шкале Gooke в модификации Г.М. Савельевой и соавт. (8) и по степени тяжести (I, II, III) распределялись соответственно: 38,1%, 54,6% и 7,3% (p>0,05, p<0,01).

Контрольную группу рожениц составило 30 женщин со сроком беременности 35-41 нед, без признаков ПЭ и экстрагенитальных заболеваний до и во время беременности. Роженицы контрольной и основной группы по возрасту (24,2±0,68 и 25,2±0,48 лет, p>0,05), паритету беременностей - первобеременные (35,1±4,85 % и 26,7±8,12 %, p>0,05) и повторнобеременные (64,9±4,85 и 72,3±8,12, p>0,05), были статистически сопоставимы.

Состояние новорожденных детей контрольной группы по шкале Апгар на 5′ оценена как 9-8 баллов у 80%, 7-6 баллов у 16,7% и 5-4 баллов у 3,5% детей со средней оценкой 7,73±0,19 балла. В основной группе новорожденных с оценкой состояния по шкале Апгар 9-8 баллов родились 42% детей (p<0,001), 7-6 баллов – 24% (p>0,05), 5-4 баллов – 28% (p<0,001) и ≤3 балла 6% детей (p<0,001), со средней оценкой на 5′ жизни 6,54±0,12 балла (p<0,001).ПГВ новорожденных устанавливался согласно 11 соматических и 10 неврологических параметров шкалы J.L.Ballard (10), в модификации М.Э.Абдуллаевой и соавт. (1). В контрольной группе новорожденных ПГВ ≥41 нед. выявлен у 6, 38-40 нед - у 23 и у 1 ребенка с 35 нед. В основной группе выделены дети с ПГВ ≥41 нед у 8, 38-40 нед - у 60, 37-35 нед - у 17, 34-32 нед - у 14 и у 1ребенка ≤31 нед.

У новорожденных обеих групп проводилось стандартное изучение показателей антропометрии (1, 6): масса (МТ), длина (ДТ), поверхность тела, окружность головы (ОГол.) и груди (ОГр.), рассчитывались массо-ростовой показатель (МРП) и соотношения ОГол./ОГр. (индекс А.Ф.Тура). Материал обработан параметрическим (t-критерии Стьюдента) и непараметрическим способом – точный метод Фишера (ТМФ) с угловым преобразованием (ф) для относительных величин (Гублер Е.В., 1999) на программе Microsoft Offis XP (Exell 2003) в персональном компьютере «Samsung Sons 830».

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлено, что основные антропометрические показатели новорожденных, родившихся от женщин с ПЭ существенно ниже, чем данные детей контрольной группы, соответственно – МТ (2957,7±48,3, против 3470,3±92,8 г, p<0,001), ДТ (49,9±0,42, против 52,8±0,37 см, p<0,001), О.Гол (32,8±0,16 против 35,1±0,23 см), О.гр (32,4±0,18 против 33,9±0,28 см, p<0,001), МРП (61,3±0,80 против 65,4±1,29 усл.ед., p<0,001), а индекс А.Ф.Тура увеличен (1,045± 0,001 против 1,035±0,002, p<0,001).

Известно, что при любом сроке беременности развитие плода и новорожденных может соответствовать сроку гестации, опережать или отставать [1, 3]. При установлении соответствия

показателей физического развития новорожденных к своим ПГВ важным ориентиром для неонатолога, по нашему мнению, является индекс А.Ф.Тура (ОГол/ОГр), соответствующий 1,03 при сроке доношенной беременности (38-40 нед), недоношенности со сроком 37-35 нед - 1,05, 34-32 нед – 1,06 и ≤31 нед - 1,07 усл. ед. Нами установлено, что при отставании физического развития новорожденных от ПГВ при любом его сроке этот индекс увеличивается, а МРП уменьшается, и наоборот, при опережении развития ребенка своего ПГВ данный индекс уменьшается, а МРП увеличивается. На основании этих методических приемов нами установлена структура новорожденных в зависимости от срока ПГВ и развития (соответствующие, опережающие или отстающие), что представлено в таблице.

Как видно из данных таблицы, доля переношенных детей со сроком ПГВ ≥41 нед увеличена среди детей, родившихся от женщин без признаков ПЭ (20,0% против 8,0%, p<0,045). Однако при учете соответствия их массы тела к ПГВ соответственно превышающие, соответствующие и низкой, каких либо статистических различий в сравниваемых группах не выявлено (p>0,05).

У женщин с ПЭ существенно меньше родились дети со сроком ПГВ 38-40 нед (60,0% против 76,6%, p<0,041). Среди них меньше доля доношенных с массой тела соответствующие ПГВ (16,0% против 56,7%, p<0,001) и увеличен удельный вес детей с низкой массой тела, несоответствующие ПГВ доношенности (20,0%, против 3,3%, p<0,003) при отсутствии статистических различий по числу детей с массой тела превышающей ПГВ (24,0% против 16,0%, p>0,05). Однако, необходимо заметить, что рождение детей в срок с отставанием или опережением МТ по ПГВ, при особых условиях их внутриутробного развития (ПЭ матери) не может быть объяснена алиментарным дефицитом в первом или улучшенным питанием плода во втором случае. Обе группы доношенных детей, родившихся от женщин с ПЭ подвергались более или менее длительному воздействию хронического внутриутробного гипоксического стресса [3, 5]. Различие состояло в том, что у доношенных второй группы влияние гипоксического агента было меньше (ПЭ матери легкой степени) и не длительными (после 34 нед срока беременности), а у первых групп доношенных экспозиция стрессового гипоксического воздействия было более длительно (до 34 нед срока беременности), а по выраженности сильными (ПЭ II и III степени). В связи с этим данную группу доношенных, т.е. с низкой МТ несоответствующие ПГВ следует трактовать как доношенные, однако физиологически незрелыми [3].

Среди новорожденных, родившихся от женщин с ПЭ, неимоверно высока доля детей с ПГВ ≤37 нед (32,0% против 3,3%, p<0,001), при этом их существенную часть составляют недоношенные дети с МТ соответствующие своим ПГВ (19,0% против 3,5%, p<0,001). Среди недоношенных детей также имелись дети как с превышением (6,0%, p<0,008), так и с отставанием МТ (7,0%, p<0,005), несоответствующие ПГВ, что не обнаруживалось среди детей от женщин без признаков ПЭ. Исходя из принципов онтогенетической физиологии [5, 9], мы недоношенных детей с МТ соответствующих ПГВ относили к группе истинно недоношенных, а недоношенных с низкой массой тела к ПГВ к группе физиологически незрелых недоношенных.

Как справедливо отмечает И.А.Аршавский [2], физиологически незрелые дети могут быть доношенными или родиться раньше времени, однако степень физиологической незрелости у таких недоношенных меньше, чем у незрелых доношенных, т.к. последние в течение большего времени подвергались ацидотической (гипоксической) альтерации.

Нам представляется, что изучение структуры новорожденных, родившихся от женщин с ПЭ по соотношению массы тела и ПГВ, облегчит работу неонатолога по дифференциальной диагностике синдрома угнетения ЦНС при гипоксическо-ишемической энцефалопатии (ГИЭ), с клинической картиной физиологически незрелого доношенного ребенка – слабо выраженный физиологический гипертонус конечностей, гипорефлексия из групп безусловных рефлексов – орального, позотонического (надсегментарного) и спинального (двигательного) автоматизма. Определенная сложность может возникнуть в работе неонатолога и при диагностике синдрома гипервозбудимости судороги, у незрелых недоношенных детей, считающиеся это как следствие постгипоксического состояния, не принимая во внимание возможности у них обменных нарушений (гипогликемии, гипокальциемии), характерные для недоношенных малых по МТ к сроку беременности (ПГВ), которые сами могут спровоцировать повышенную возбудимость и судорожный синдром [3, 5]. Учет этих данных у новорожденных, родившихся от матерей с ПЭ позволит врачам педиатрам правильно осмыслить симптомокомплексы такие как ГИЭ, гипертензионный синдром, столь часто устанавливаемый в практике отечественной неонатологии – 16 и 88 на 1000 детей, соответственно у доношенных и недоношенных [4, 7], в отличие от данных зарубежных исследователей 1,6-8,0 на 1000 новорожденных [11].

ВЫВОДЫ

1. К моменту рождения новорожденные имеют фенотипические различия, отличающиеся по массе тела и постнатальному гестационному возрасту, что немаловажно для их постнатального развития.

2. Среди новорожденных, родившихся от женщин с преэклампсией, концентрированы как

истинно недоношенные, так и незрелые доношенные.

3. Учет физиологической зрелости новорожденных, родившихся от женщин с преэклампсией, позволяет врачам идентифицировать группу детей (незрелые доношенные и недоношенные) с ложными клинико-неврологическими признаками гипоксическо-ишемической энцефалопатии с ее многочисленными последствиями.

Таблица.

Структура новорожденных по соотношению массы тела и постнатального гестационного возраста (%)

	Структура новорожденных	Контрольная группа n=30		Основная группа n=100		up	pф
		абс	%	абс	%		
Переношенные со сроком ≥41 нед:							
1	С большой МТ для данного ПГВ	3	10	4	4,0	1,16	>0,05
2	Соответствующие МТ для данного ПГВ	1	3,3	1	1,0	0,79	>0,05
3	С низкой МТ для данного ПГВ	2	6,7	3	3,0	0,85	>0,005
	Всего	6	20,0	8	8,0	1,7	<0,045
Доношенные со сроком ПГВ 38-40 нед:							
1	С большой МТ для данного ПГВ	5	16,7	24	24,0	0,88	>0,05
2	Соответствующие МТ для данного ПГВ	17	56,7	16	16,0	4,24	<0,001
3	С низкой МТ для данного ПГВ	1	3,3	20	20,0	2,69	<0,003
	Всего	23	76,7	60	60,0	1,74	<0,041
Недоношенные со сроком ПГВ ≤37 нед:							
1	С большой МТ для данного ПГВ	-	-	6	6,0	2,38	<0,008
2	Соответствующие МТ для данного ПГВ	1	3,3	19	19,0	2,58	<0,005
3	С низкой МТ для данного ПГВ	-	-	7	7,0	2,57	<0,005
	Всего	1	3,3	32	32,0	4,03	<0,001

Примечание: статистическая достоверность (p<0,05-0,001) определена по ТМФ с угловым преобразованием (ф), односторонний критерий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаева М.Э., Ташбаев О.С., Маликова Р.А. и др. //Педиатрия. – Т.- 2001 №4. с.30-33.
2. Алимходжаев Ф.Х., Баходирова Ф.М., Шевернин В.А. и др. //Морфология.- Спб.-2002.- Т.121.-№2-3.- с. 10-12.
3. Аршавский И.А., Немец М.Г. //Успехи физиологических наук.-1996.-№5.-Т.29.- №1.-с.109-129.
4. Буров Б.А., Шамсиев Ф.С. //Мат. IV съезда педиатров Узбекистана.-Ташкент.-2004.-с.84.
5. Воронцов И.М. Дискредитация пространства и здоровья – нездоровье для совершенствования лечебно-диагностической и профилактической практики в педиатрии.// Мат.VIII съезда педиатров РФ.-М.-1998.-с.29.
6. Каширская Н.Ю. Капранов Н.И. //Росс. педиатрический журнал.- 2002.- №6.-с.26-30.
7. Физиология развития ребенка //Под ред. М.М.Безруких Д.А.Фарбер.-М.-2000.-с.31-59.

8. Ballard J.L., Nova K.K. Dzivar M.A. A simplified score for assessment of fetal maturation of newly born infants //J. Pediatries.-1979.-V.-95.-P.769-774.
9. Salundi U., Kaarma H., Koskal S. Anthropometrics investigation of the newborn //Papers of anthropology.- Tartu.-1995.-4.-p.203-203.
10. Wong J., Thornton J.C., Kolesnic S. Anthropometry in body composition: an overview // Ann.N.J. Acad. Sci.-2000.-V.904.-p-317-326.

УДК: 618.19-006.6-07-036.2

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Худайкулов Т.К., Худайкулов А.Т., Наврузова В.С., Палванова С.И.
(РОНЦ, Уф ТМА)

Проанализированы показатели заболеваемости и смертности от рака молочной железы (РМЖ) в Хорезмской области за пятилетний период (2004-2009 гг.). Прирост заболеваемости от РМЖ составил 42,8% и смертности – 50%.

Заболеваемость на 100 тыс. женщин составляет 7,0. Наиболее часто заболевают женщины в возрасте 45-65 лет(58,0%). Удельный вес запущенных форм РМЖ (III—IV стадии) за пять лет составил 49,7 ± 2,65%. В структуре заболеваемости и смертности злокачественными опухолями репродуктивных органов женщин первое ранговое место занимает РМЖ - 20,2 % и 21,3%., соответственно. Такая ситуация требует от онкологической службы сосредоточения усилий по осведомленности женщин о РМЖ, оптимизации скрининга с применением современных информационных технологий.

Ключевые слова: рак молочной железы, скрининг.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА СУТ БЕЗИ САРАТОНИ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИ

Хоразм вилоятида беш йиллик даврдаги (2004-2009 йй.) сут бези саратонидан касалланиш ва ўлим холатлари тахлил қилинган. Сут бези саратони билан касалланиш 42,8% ва ўлим холаталари 50% ўсган. Ҳар 100 минг аҳолига касалланиш 7,0 ташқил қилади. Энг кўп 58,0% 45-65 ёшда бўлган аёллар касалланади. Ўтган беш йилликда кечикиб аниқланган (III—IV стадияда) беморлар 49,7 ± 2,65 % ташқил қилди. Аёллар репродуктив аъзолари хавфли ўсмалар билан касалланиш ва ўлим холатлари структурасида, сут бези саратони биринчи жойни эгаллайди, 20,2% ва 21,3 %, мос равишда. Бундай вазият онкология хизматида аёллар орасида сут бези саратонидан хушёрликни кучайтиришни, хозирги замон информацион технологияларини қўллаган холда скринигни оптималлаштиришни талаб қилади.

Калит сўзлар: сут бези саратони, скрининг.

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF BREAST CANCER IN KHOREZM REGION

Analyzed the incidence of and mortality from the mammary gland cancer (MBC) in the Khorezm region for a period of five years (2004-2009). Increase in the incidence of mammary gland cancer was 42.8% and mortality rate of 50%. Incidence per 100 thousand of women is of 7.0. The most frequently ill women aged 45-65 years was 58.0%. The weight of running (the forms of mammary gland cancer (stage III-IV) for the five years amounted to 49.7 ± 2,65%. In the structure of the morbidity and mortality of malignant tumors of the reproductive organs of women, the first rank place occupies BC - 20.2% and 21.3 per cent., respectively. Such a situation requires the Oncology service of the concentration of efforts to increase the awareness of women about BC, optimization of screening with the use of modem information technologies.

Key words: Breast cancer, screening.

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) является одной из актуальных медико - социальных проблем современной онкологии. В мире ежегодно регистрируются более 1,3 млн. случаев заболевания. Заболеваемость РМЖ имеет тенденцию к росту как в экономически развитых (1,0-2,0% в год), так и развивающихся странах (1,2,4,5). В 2015 г. прогнозируется рост числа заболевших до 1,6 млн. (http://globocan.iarc.fr/).

В России и странах СНГ в структуре онкологической заболеваемости РМЖ занимает первое место среди женского населения. Заболеваемость РМЖ составляет от 18-21% в России,. Беларусии, Украине, Казахстане, Узбекистане и Киргизстане, до 28-31% – Азербайджане и Армении. В

структуре смертности женского населения России наибольший удельный вес имеют злокачественные опухоли молочной железы (17,3%) (1 -4).

По данным канцеррегистра Республиканского онкологического научного центра (РОНЦ) в Узбекистане в структуре онкологической заболеваемости РМЖ занимает первое ранговое место. В 2010 г. зарегистрированы 2273 больных РМЖ. Заболеваемость на 100 населения составило 8,1, смертность - 3,5, одногодичная летальность - 1,1; 46,3% больных поступили в запущенных стадиях РМЖ; на профилактических осмотрах выявлены 41,6% больных (3).

Цель настоящей работы: изучить эпидемиологические аспекты РМЖ в Хорезмской области для ранней диагностики и разработки профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Исходным материалом при изучении ээпидемиологических и статистических данных по РМЖ служили отчетные формы № 7-ТІВ «Отчет о заболевания злокачественными новообразованиями» по Хорезмской области за 2004-2009 гг., которые характеризуют распределение злокачественных новообразований (ЗНО) по локализациям, полу, возрасту, а также содержат информацию о состоящих на учете и умерших от злокачественной опухоли больных; данные канцеррегистра Республиканского онкологического научного центра и Государственного комитета РУз по статистике.

В работе рассчитаны показатели заболеваемости и смертности населения ЗНО в соответствии с методическими рекомендациями Двойрина В. и Аксель Е. М. (1990) «Статистическая оценка особенностей распространения и динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями», а также общие среднегодовые темпы прироста.

Результаты. Характерными особенностями злокачественных новообразований молочной железы являются высокий темп прироста, территориальная и географическая неравномерность, заболеваемости (Писарева Л.Ф. с соавт., 2001; 2006; J. Ferlay et all.; 2008), что в первую очередь связано с разнообразием социально-демографических, этнических и индивидуальных факторов риска (Заридзе Д.Г. 2000; Иванов В.Г. 2004).

Благодаря демографическим, экологическим и социально гигиеническим характеристикам Хорезмская область является своеобразной моделью исследования заболеваемости РМЖ в Республике Узбекистан.

Анализ статистических показателей в Хорезмской области (ХО) показывает о росте заболеваемости РМЖ. В 2005 г. этот показатель составлял 4,9 человека на 100 тысяч населения, а в 2009 году - 7,0, прирост составил 42,8%. Подобная отрицательная тенденция наблюдается и в показателях смертности -50%. За этот период по республике прирост заболеваемости составил 18,7%, смертности – 17,8%.

При развитии ЗНО одним из основных факторов является возраст, с которым наиболее четко связаны развитие заболевания, а также уровень и структура заболеваемости. Среди всех женщин, заболевших РМЖ доля больных в возрасте от 18-44 лет составляла 25,2%, от 45-65 лет -58,0%, 65 и старше лет- 16,8%. Пик заболеваемости приходиться на возрастной интервал от 45-65 лет.

Статистические данные Хорезмского областного онкологического диспансера (ХООД) показывают об ухудшении эпидемиологической обстановки в области по РМЖ. Широкое применение ультразвуковой диагностики не уменьшило количество больных, впервые зарегистрированными с запущенными формами заболевания: 50,0 % в 2005 г. и 57,8 % в 2009 г.

В соответствии с приведенными данными заболеваемость РМЖ в Хорезмской области неуклонно увеличивается, при чем процент запущенных форм заболевания отчетливо коррелирует с заболеваемостью РМЖ и показателем смертности на 100 тыс. населения. По данным ХООД, удельный вес запущенных форм РМЖ (III—IV стадии) за прошедшие пять лет составляет 49,7 ± 2,65 %, имея при этом колебательный характер (по Республике - 36,1 ± 3,4 %).

В области данная проблема остается актуальной, о чем говорят показатели заболеваемости и смертности РМЖ в общей структуре причин заболеваемости и смертности женщин от ЗНО репродуктивных органов, в соответствии с которым и РМЖ устойчиво занимает первое место (табл.1).

Нозологическая единица	**Показатель (в % к общему числу случаев) заболеваемости**	**Показатель (в % к числу случаев) смертности**
ЗНО молочной железы	20,2	21,3
ЗНО шейки матки	20,4	14,9
ЗНО тела матки	6,0	0,8
ЗНО яичников	3,6	3,8

Такая ситуация может быть связана с неэффективной организацией профилактических осмотров и санитарно-просветительной работой среди женщин, в частности, по разъяснению роли самообследования молочных желез, необходимости ежегодных профилактических осмотров у онколога женщин старше 40 лет, современной контрацепции, последствий искусственного прерывания беременности в развитии РМЖ, пропаганде здорового образа жизни, планирования семьи и т.д.

Выводы.

1. В области заболеваемость и смертность от РМЖ увеличивается, за 2004-2009 гг. заболеваемость составила 42,8% , смертность – 50%.

2. Заболеваемость на 100 тыс. женщин составляет 7,0. Наиболее часто заболевают женщины в возрасте 45-65 лет - (58,0%). Удельный вес запущенных форм РМЖ (III—IV стадии) за пять лет составил (49,7 ± 2,65 %).

3. В структуре заболеваемости и смертности злокачественными опухолями репродуктивных органов женщин первое ранговое место занимает РМЖ - 20,2 % и 21,3 %., соответственно.

4. Такая обстановка требует от онкологической службы сосредоточения усилий по увеличению осведомленности женщин о РМЖ, оптимизации скрининга с применением современных организационных технологий в том числе и компьютерных, которые способствуют улучшению ранней диагностики и провести своевременное лечение, и тем самым позволит снизить заболеваемость и смертность женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М. Злокачественные новообразования молочной железы; состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность. Маммология 2006; № 1.
С. 9-13.

2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 году. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. Том 22, № 3 (85), прил. 1. Июль - сентябрь 2011 г.

3. Наврузов С.Н Деятельность онкологической службы Республик Узбекистан за 2000-2010 годы. Материалы 11- конгресса онкологов РУз Ташкент, 2011 год.

4. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2013. 289 с.

АМАЛИЁТЧИ ВРАЧЛАР ДИҚҚАТИГА

(Масофадан ўқитиш дастурининг босқичлари хақида)

Тиббиёт ходимларини диплом олди ва дипломдан кейинги босқичда ўқитиш ва малакасини ошириш хозирги кунинг долзарб муаммолардан бири булиб келмоқда.

Шифокорларни дипломдан кейинги босқичда ўқитиш қуйидаги усуллар ёрдамида амалга оширилди:

- кундузги ёки ишдан кейинги шаклдаги махсус ўқув курслари;
- шифохона маъмурияти таклифига биноан юқори малакали мутахассисларни таклиф этиш;
- тиббий ёрдам кўрсатишга лицензия олишдан олдин белгиланган миқдордаги малака ошириш соатларини мажбурий ўқитиш;
- аккредитациядан ўтган махсус ўқув дастурлари орқали масофадан ўқитиш;
- тиббиёт ассоциациялари журналлари ёки интернет орқали (on-line) ўқитиш усуллари.

¤збекистон врачлар Ассоциация (кейинчалик ЎВА – деб юритилади) Уставига кўра врачларни дипломдан кейинги босқичда ўқитиш ташкилотнинг асосий вазифаларидан бири бўлиб хисобланади.

Шуни эътиборга олиб ва амалиётчи врачларни масофадан ўқитиш тизимини ташқил қилиш мақсадида журналимизнинг биринчи сонидан бошлаб, махсус ўқув дастурлари нашр этилмоқда. Бу ўқув дастурлари ТошВМОИнинг 144соатлик асосий малака ошириш курсига қўшимча хисобланади.

Ушбу сонда ТошВМОИ томонидан тайёрланган **«Кўкрак бези ракини ташхислаш ва даволашда замонавий ҳолат»** мавзусидаги 18 соатлик ўқув дастур киритилган бўлиб, у барча йўналишдаги врачлар учун мўлжалланган.

Махсус ўқув дастури билан танишиб, гувохномага эга бўлмоқчи бўлган врачлар фақатгина журналда босиб чиқилган тестларга жавоб бериб (ксеро нусха қабул қилинмайди), жавоблар варақасини ЎВА ёки ЎВА Қорақалпоғистон Республикаси, Тошкент шахар ва барча вилоятлар бўлимларига топширишлари лозим. Тестларга тўғри жавоб бериб, етарли балга эга бўлган врачларга масофадан ўкиб малака оширганликларини тасдикловчи гувохнома берилади. ¤қитиш тартиби 4 босқичдан иборат бўлади (ўқитиш босқичларининг схемаси илова килинади).

Гувохнома олмоқчи бўлган врачлар, ўқув дастури харажатларини коплаш учун ЎВАнинг Кенгаш қарорига биноан қуйидаги ҳисоб рақамига чекланган миқдордаги суммани, яъни 30 минг сўм йиғим ҳақи ўтказишлари лозим:

х/р 20212000200125581001
АТИБ Ипотека банкининг Яккасарой филиали
МФО 01017,
ИНН 201199688,
ОКОНХ 98600
Тел. 2680817, 2673235.

Бунда врачнинг исми шарифи, иш жойи, ташкилотнинг юмалоқ мухри билан тасдиқланган ва телефон рақамлари кўрсатилиши лозим.

Масофадан ўқитиш босқичларининг схемаси

ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

На сегодняшний день додипломное и постдипломное образование медицинских работников и повышение их квалификации является одной из основных проблем.

Постдипломное образование врачей осуществляется следующими методами:

- на специальных курсах в дневное и послерабочее время;
- приглашением администрации учреждения высококвалифицированных специалистов;
- обязательное прохождение повышения квалификации в количестве установленных часов перед получением лицензии на медицинскую деятельность;
- дистанционное образование по специальным аккредитованным программам;
- через интернет (on-line) или в специальных медицинских журналах.

Одним из основных направлений деятельности Устава Ассоциация врачей Узбекистана (далее АВУ) является постдипломное повышения квалификация врачей.

В связи с этим, а также для организации дистанционного метода обучения с первого номера 2010 года в журнале публикуются специальные учебные программы. Эти учебные программы являются дополнением к основным программам повышения квалификации обучаемым на базе ТашИУВ в количестве 144 часа.

В этом номере представлены учебные программы на 18 часов для врачей всех специальностей подготовленные ТашИУВ на темы «**Современное состояние диагностики и лечения рака молочной железы**».

Желающие врачи могут ознакомиться с учебной программой, для получения удостоверения они должны ответить только на изданные в журнале АВУ тесты (ксерокопия не принимается), после чего надо направить ответы в АВУ или отделения АВУ по Республики Каракалпакстан, городу Ташкенту и областных отделений. Врачам, ответившим правильно на тесты и набравшие достаточное количество баллов будут выданы удостоверения, подтверждающие их дистанционное обучение. Порядок обучения состоит из четырех этапов (этапы дистанционного обучения прилагаются).

Врачи желающие получить удостоверение согласно решению Совета должны перечислить фиксированный сбор в размере 30 тысяч сум для покрытия расходов по подготовке учебной программы на следующий расчетный счет АВУ:

х/р 20212000200125581001
Яккасарайский филиал АТИБ Ипотека банка
МФО 01017,
ИНН 201199688,
ОКОНХ 98600
Тел. 2680817, 2673235.

При этом врачи должны указать ФИО, место работы, заверенные круглой печатью организации и контактные телефоны.

Схема этапов дистанционного обучения

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гафур – Ахунов М.А., Абдурахмонов К.Ф.
(Таш ИУВ)

КЎКРАК БЕЗИ РАКИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ҲОЛАТ

CURRENT STATUS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BREAST CANCER

Введение. В последние годы во всех странах мира отмечается неуклонный рост злокачественных новообразований (ЗНО). Особенно это касается таких форм ЗНО, как рак легкого, молочной железы, предстательной железы и колоректального рака. В развивающихся странах мира имеется тенденция к росту рака желудка, печени и шейки матки. Особую тревогу вызывает рост рака молочной железы (РМЖ) во всех континентах мира. По данным ВОЗ, в 1975 году в мире зарегистрированы 540 тыс. больных РМЖ. В 2010 году количество зарегистрированных больных РМЖ составило 1 млн 250 тыс. В настоящее время в мире на диспансерном учёте состоят более 3 млн. больных РМЖ. В США и странах Евросоюза показатель заболеваемости составляет от 32 до 85 на 100 тыс. женского населения. В странах Азии и Африки показатель заболеваемости составляет от 10 до 15 на 100 тыс. женского населения. Смертность от РМЖ за последние 20 лет увеличилось на 22%. Основными причинами высоких показателей смертности является выявление больных в запущенных стадиях РМЖ. Каждый запущенный случай, в свою очередь требует большие усилия от врача и огромные финансовые затраты от государства. В связи с ростом РМЖ во многих странах мира разработан комплекс мероприятий по ранней диагностики и лечения этой патологии.

Статистика рака молочной железы. По данным ВОЗ (2010г), в мире зарегистрировано более 1 млн 250 тыс. больных РМЖ. Несмотря на использование в клинической практике современных методов диагностики, скрининговых исследований и профилактических мероприятий среди населения, число выявляемых больных из года в год увеличивается и отмечается тенденция к росту. Показатель смертности от РМЖ в мире составляет более 650 000 человек в год. По прогнозам ВОЗ к 2030 году в мире будет зарегистрировано около 1,5 млн больных РМЖ. В экономически развитых странах мира эти показатели значительно выше, чем в развивающихся. По данным статистического анализа (2007г.) в США на 100 тыс. населения заболеваемость РМЖ составляет -85,0; в Англии -68,8; в Швеции-72,9; в России -31,4; в Белоруссии -28,6 и в Узбекистане -7,9.

В Республике Узбекистан РМЖ в последние 8 лет стабильно занимает 1 место в структуре онкологических заболеваний. Следует отметить, что тенденция к росту отмечается во всех регионах республики. Анализ ситуации в Республике Узбекистан показало, что заболеваемость РМЖ увеличилось более чем в 2 раза по сравнению с 1970 годом (3,5 в 1970 году и 7,9 в 2007 году на 100 тыс женщин). В нашей Республике ежегодно регистрируется более 2500 больных РМЖ и на диспансерном учете состоят более 15000 больных. В динамике отмечается увеличение количества больных РМЖ впервые установленным диагнозом, а также состоявших на диспансерном учете.

Динамика показателей заболеваемости в регионах нашей Республики показало, что в 1970 году она составила от 0,7 до 10,0 человека на 100 тыс женщин, то в 2008 году она равнялась от 5,6 до 19,9. В нашей Республике наиболее низкие показатели заболеваемости зарегистрированы в Сурхандарьинской, Джизакской областях и РКК, а высокие – в г. Ташкенте и Навоийской области. Следует отметить что, во всех регионах Республики отмечается рост заболеваемости от 2 до 8 раз, что значительно больше, чем в других странах мира. При этом особую тревогу вызывает рост РМЖ среди женщин в возрасте от 40 до 55 лет. Изучение этого фактора показало, что более 70% больных были зарегистрированы в этом возрастном периоде. Поэтому при проведении скрининга особое внимание необходимо уделять на этот возрастной период жизни женщин, где превалируют сочетание нескольких неблагоприятных факторов риска.

Следует отметить, что в нашей Республике самый высокий показатель заболеваемости отмечен среди женщин в возрасте 40-60 лет, т.е. когда большинство женщин в трудоспособном возрасте и занимают весомое место в обществе. Большинство больных из этой категории в онкологические диспансеры поступают в запущенных III-IVстадиях РМЖ. Если в странах Евросоюза и США пик заболеваемости РМЖ приходится к 75 годам жизни, то у женщин Узбекистана этот возрастной период соответствует 40-59, затем отмечается тенденция к снижению. Проведенные исследования показали, что в Узбекистане среди узбечек показатель заболеваемости был значительно ниже, чем у женщин других национальностей.

Этиология и патогенез РМЖ. РМЖ развивается из эпителия протоков и долек паренхимы железы. Это процесс происходит вследствие многолетнего накопление генетических повреждений в нормальных клетках молочной железы, индуцируемых гормональными и иммуно-

логическими факторами. Многочисленными экспериментальными и эпидемиологическими исследованиями выявлен ряд факторов, повышающих риск возникновения РМЖ. Все факторы РМЖ подразделяются на 3 группы: 1) спорадический рак – 68%,случаи рака молочной железы у обоих родителей в двух поколениях не отмечено: 2) семейный рак молочной железы – 23%, отмечают случаи рака молочной железы у одного или нескольких кровных родственников: 3) генетически предрасположенный рак – 9%, отмечаются случаи рака молочной железы у кровных родственников, а также ассоциированный рак (яичников, толстой кишки).

Ведущую роль в патогенезе рака молочной железы отводят эстрогенам, которые оказывают влияние, на ткань молочной железы, начиная с антенатального периода до старости. Активное влияние на организм женщины эстрогены оказывают при наличии менструальной функции. Раннее начало менструации и позднее наступление менопаузы увеличивает риск развития рака молочной железы. Заместительная гормонотерапия для лечения патологического климакса и остеопороза также увеличивает вероятность возникновения РМЖ. В меньшей степени влияет избыток пролактина, дефицит мелатонина, надпочечниковых андрогенов и тиреоидных гормонов.

Возникновение генетически предрасположенных форм рака молочной железы обусловливает мутации генов BRCA – 1 и BRCA – 2. С возрастом при наличие мутации этих генов риск возникновение рака составляет 70-80%. В семьях с носителями мутации BRCA – 1 и BRCA – 2, часто отмечаются случаи заболевания родственников первой и второй степени родства раком молочной железы и яичников. Для мужчин более характерно мутация гена BRCA – 2. При проведении генетического анализа у лиц с семейным анамнезом при неоднократном подтверждении мутации BRCA – 1 или BRCA – 2 с учетом высокой вероятности возникновения РМЖ многие женщины подвергаются профилактическим операциям, как подкожная мастэктомия с пластической реконструкцией молочной железы.

В связи с чем, необходимо учитывать факторы риска возникновения РМЖ. Представляем классификацию факторов риска РМЖ.

I. Факторы, характеризующие функционирование репродуктивной системы организма:

а) менструальная, половая, детородная, лактационная функции;

б) гиперпластические и воспалительные заболевания яичников и матки.

II. Эндокринно – метаболические факторы, обусловленные сопутствующими и предшествующими заболеваниями:

а) ожирение;

б) гипертоническая болезнь;

в) сахарный диабет;

г) атеросклероз;

д) заболевание печени;

ж) заболевание щитовидной железы (гипотиреоз);

з) дисгормональная гиперплазия молочной железы.

III. Генетические факторы (носители генов BRCA – 1 или BRCA – 2)

а) РМЖ у кровных родственников (наследственные и “семейные” РМЖ)

б) молочно – яичниковый синдром (РМЖ и рак яичников в семье);

в) синдромы: РМЖ + опухоль мозга, РМЖ + саркома, РМЖ + рак легкого + гортань + лейкоз, SBLA – синдром (саркома + РМЖ + лейкоз + карцинома коры надпочечников);

г) раково – ассоциированные генодерматозы:

- болезнь Каудена – множественнная трихолеммома кожи + рак щитовидной железы + РМЖ;
- аденоматозный полипоз, рак толстой кишки + РМЖ;
- болезнь Блюма – аутосомный наследственный генодерматоз + РМЖ.

IV. Экзогенные факторы:

а) ионизирующее излучение;

б) курение;

в) химические канцерогены, общие для всех локализаций опухолей;

г) избыточное потребление животных жиров, высококалорийная диета;

д) алкоголь.

Клиника рака молочной железы. Клинически различают следующие формы РМЖ: узловая форма, диффузная форма и рак Педжета (рак соска).

При осмотре можно обнаружить ассиметрию молочных желез. Нередко сосок приподнят и смещен в сторону опухоли. При наличии отека молочной железы можно увидеть легкое западание кожи, ее уплощение (симптом «площадка» над опухолью), а иногда и втяжение сморщенной кожи в виде пупка (симптом «умбиликации»). Ограниченный застой лимфы в проекции опухоли проявляется в своеобразном отеке кожи в виде «лимонной корки».

При диффузных формах опухоли осмотр позволяет выявить более развитую подкожную сосудистую сеть пораженной железы или покраснение и отек кожи. Следовательно, уже при

правильно проведенном осмотре могут быть замечены некоторые признаки РМЖ:

1) изменение положение соска; сосок в большей или меньшей мере отклоняется в сторону опухоли; может быть утолщен или втянут; при опухоли Педжета ареола изъязвляется или покрывается сухими корочками, под которыми выявляется эрозия или язва с валикообразными краями.
2) деформация ареола за счет укорочения одного из ее радиусов;
3) различные изменения кожи;
4) более развита подкожная сосудистая сеть

При узловой форме определяется довольно четко очерченное, округлое, плотное образования с мелко – и крупно – бугристой поверхностью, с ограниченно подвижной, по отношению к ткани, железы, в связи с инфильтрацией окружающей ткани.

При диффузной форме РМЖ опухолевый узел в молочной железе не выявляется. Пальпируется инфильтрат без четких границ, занимающий значительную часть молочной железы.

Существуют IV стадии РМЖ:

I стадия – опухоль до 2см в наибольшем измерении

II стадия – опухоль от 2 до 5 см в наибольшем измерении

III стадия – опухоль более 5см в наибольшем измерении

IV стадия – опухоль любого размера с прямым распространением на грудную клетку или кожу.

Выявление больных в ранних стадиях. В динамике несколько увеличилось выявление больных РМЖ в ранних стадиях. Основной причиной этого факта является проведение широкомасштабного скрининга РМЖ среди женского населения, особенно лиц репродуктивного возраста. По данным статистических отчетов, в 2004 году больных, выявленных в I-II стадиях составило -56%, 2010 году – 59,7%

Поэтому в этом направлении необходимо проведение широкомасштабной работы совместно, с Национальной ассоциацией по борьбе с РМЖ РУз. Следует отметить, что более 90% женщин сами случайно обнаруживают опухоль в молочной железе в небольших размерах но, к сожалению, из-за страха перед болезнью своевременно не обращаются к врачам, а занимаются самолечением или лечатся у табибов. Следует отметить, что из всех опухолей, которые обнаруживаются в молочной железе, только 2-3% составляют рак. Проведение широкомасштабного скрининга и повышение медицинской культуры у женщин позволит своевременно установить диагноз и получить специализированную помощь. Раннее выявление РМЖ или вторичная профилактика в настоящее время это социальная проблема. В Узбекистане это проблема является приоритетным направлением, большое внимание уделяется диагностики ранних форм РМЖ на уровне первичного звена здравоохранения.

За годы независимости, особенно после Указа Президента Республики Узбекистан "О государственной программе реформирования системы здравоохранения» № 2107 от 11.01.98 г. значительно улучшилась материально-техническая база онкологических учреждений. Все онкологические диспансеры Республики оснащены современными маммографами и ультразвуковыми аппаратами, патоморфологическими лабораториями, которые помогут провести скрининговые исследования. Исследования будут направлены на раннее выявление РМЖ, особенно на доклиническом этапе путем применения маммографии. Скрининг предусматривает применение методики для выявления скрытой формы РМЖ среди практически здоровых женщин. Массовый маммографический скрининг позволит определить опухоль молочной железы размерами от 0,2 до 0,5 см. Поэтому маммография является «золотым стандартом» в ранней диагностики РМЖ. В Республике разрабатывается программа скрининга РМЖ, с внедрением ее в клиническую практику, которая позволила бы выявить больных с ранними стадиями заболевания и провести своевременное лечение.

Анализ показателей смертности. Изучение показателей смертности от РМЖ в динамике показало, что из года в год увеличивается смертность от данной патологии. Если в 1970 году смертность на 100 тыс. женщин от РМЖ составила 1,6, то в 2008 году она приравнялся 7,6 . Поэтому необходимо обратить внимание на ранее выявление РМЖ, в результате которого можно снизить показателей смертности.

Анализ 5–летней выживаемости. Изучение 5–летней выживаемости РМЖ имеет большое значение в определении прогноза жизни, оценке эффективности лечения и качества жизни больных. Анализ показателей выживаемости свидетельствует, что в нашей республике показатель 5-летней выживаемости при РМЖ в динамике несколько снизился. Это связано с тем, что в последние годы увеличилось количество больных с III и IV стадиями заболеваниями.

Диагностика и дифференциальная диагностика РМЖ. В диагностике РМЖ важное значение имеет длительность анамнеза и темп роста опухоли, а также клинические проявления заболевания, которые зависят от формы роста опухоли.

При узловых формах РМЖ наиболее частой жалобой является появление опухоли плотной

консистенции, которое увеличивается в размерах несмотря на применение различных лекарственных средств. Иногда появляется узел в подмышечной области соответственно стороны поражения, отечность и покраснение молочной железы.

При сборе анамнеза необходимо уточнить наличие семейного рака у родственников, прием контрацептивов, перенесенные воспалительные заболевания матки и яичников, щитовидной железы, проведение заместительной гормональной терапии.

При осмотре больной необходимо обратить внимание на состояние молочных желез, наличие ассиметрии, деформацию, отек или гиперемии кожи молочной железы, положение сосков и состояние регионарных лимфоузлов.

При пальпации необходимо обратить внимание на консистенцию ткани молочной железы, наличие уплотнение в ткани железы, взаимоотношение их с окружающими тканями. Кроме того, следует обратить внимание на состояние соска, наличие имеющихся мацераций, изъязвлений. При пальпации регионарных лимфо- узлов необходимо обратить внимание на их консистенцию, подвижность и болезненность.

Инструментальные методы диагностики. *Маммография* относится к наиболее часто используемых методов диагностики РМЖ. Маммография выполняется в двух проекциях: кранио каудальной (прямой) и косой (боковой). Исследования проводится с обеих сторон независимо от локализации опухоли.

При выявлении образования в молочной железе необходимо определить его размер, плотность, форму, контуры, структуру и характер обызвествления, состояние окружающих тканей.

При маленьких размерах опухоли определяется узел высокой плотности с неровными контурами, спикулами, с распространенностью в окружающие ткани. При высокодифференцированных формах РМЖ имеет четкий, правильный контур, а по плотности не отличается от окружающей фиброзно-измененной ткани, симулирующий фиброаденому или кисту. Наиболее часто для РМЖ характерно, наличие микрокальцинатов и округлых образований различной плотности. Локальное скопление микрокальцинатов характерно для рака in situ.

Для инвазивного рака характерно наличие округлого образования и локальная перестройка структуры, ассиметрия и гиперваскуляризация. Чувствительность маммографии составляет -90%, специфичность -95%.

Для оценки найденных изменений при маммографии используется классификация Американского колледжа радиологов – BIRADS (Breast Iwaging Reparting and Data sustem): BRADS I – отклонения не выявлено, BRADS II – доброкачественные изменения, BRADS III – вероятно, доброкачественные изменения, BRADS IV – подозрение на злокачественное новообразование, BRADS V – высока вероятность злокачественного новообразования.

Ульразвуковое исследование. Для исследования ткани молочной железы используются аппарата с частотой диагностика 7,5-10 М Гц. Цель исследования – обнаружение и интерпретация любых патологических измененной в молочной железе.

Для выявления ультразвуковой картины РМЖ необходимо обратить внимание: на края и форму опухоли, акустический эффект позади образования, внутреннюю эхоструктуру. Преимущество ультразвукового исследования по сравнению с рентгеновской маммографией: возможность использования у молодых женщин и беременных; отсутствие вредного влияния на организм; коррекция движения иглы при биопсии не пальпируемых и нечётко локализуемых опухолей. Чувствительность метода в диагностике заболеваний молочной железы составляет 98,4% специфичность- 60%.

Современные методы диагностики РМЖ. В нашей республике в диагностике и мониторинге лечения РМЖ широко используется определение опухолевого маркера СА 15-3, АФП, РЭА, рецепторов стероидных гормонов РЭ, РП, HER-2 neu. Проведение этих методов исследования в повседневной клинической практике онкологических диспансеров республики значительно улучшало качество оказания специализированной помощи больным РМЖ. Поэтому в онкологических учреждениях проводится научно обоснованное патогенетическое лечение больных РМЖ. Постепенно организуется иммуногистохимическая лаборатория в онкологических диспансерах Республики. Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан осуществляет руководство и всячески поддерживает это направление. Внедрение в клиническую практику онкологических диспансеров современных методов диагностики позволит значительно улучшить качество оказания специализированной помощи, а также раннее выявление и снижение смертности от РМЖ.

Дифференциальную диагностику РМЖ необходимо проводит с дисгормональными заболеваниями молочных желез, фиброаденомой, кистозными образованиями, внутри протоковой папилломой, субареолярным абсцессом, туберкулезным поражением, плазмоклеточным маститом, злокачественной лимфомой и метастатическим поражением молочной железы.

Методы лечения РМЖ. В лечении РМЖ используется весь арсенал лечебных воздействий: хирургический метод, лучевая и лекарственная терапия. Выбор комплексного метода лечения

РМЖ, прежде всего, зависит от стадии заболевания, морфологической структуры опухоли, возраста, сопутствующих заболеваний, общего состояния больной.

Во всех онкологических диспансерах Республики существует профильное маммологическое отделение, которое оказывает специализированную помощь больным РМЖ.

В Республике большинство больных (78%) получили комбинированные (30,7%) и комплексные (47,3%) методы лечения. Только 5,9% больным проведено хирургическое, 5,1% лучевое и 10,7% лекарственное лечение. Низкий процент хирургического лечения было обусловлено тем, что только 10% больных в нашей Республике РМЖ выявлены в I стадии заболевания.

Хирургической метод является ведущим методом в лечения РМЖ. При I-II стадии размеры опухоли до 2,5 см можно произвести органосохраняющие операции. К органосохраняющим операциям относятся лампэктомия, квадрантэктомия с лимфаденэктомией, гемимастэктомия с лимфаденэктомией и радикальная резекция молочной железы (операция Блохина). Основные варианты радикальных операций: радикальная мастэктомия по Маддену, радикальная мастэктомия по Пейти-Диссона, радикальная мастэктомия по Холстеду.

Противопоказания к хирургическому лечению на первом этапе являются: размеры опухоли более 5см, отечно-инфильтративные формы РМЖ, наличие метастатически пораженных регионарных лимфоузлов.

Комбинированные и комплексные методы лечения в основном проводятся во II и III стадиях заболевания. Поэтому мы должны повысить выявляемость больных в ранних стадиях и соответственно долю хирургического метода лечения на первом этапе. Использование современных схем химиотерапии значительно увеличило бы число больных подвергшихся органосохраняющим операциям. Органосохраняющие операции с одномоментно-пластической реконструкцией молочной железы позволит обеспечить полную психоэмоциональную и социально – трудовую реабилитацию, что позволит 80% больным в ближайшее время приступить к работе и вести прежний образ жизни.

Лучевая терапия - этот метод направлен на лечение местного характера, позволяющий существенно снизить риск развития местных рецидивов и отдаленных метастазов. Различают в зависимости от периода лечения: предоперационную лучевую терапию, направленную на повышение абластичности операции или перевода нерезектабельных опухолей в резектабельную. Послеоперационная лучевая терапия направлена на снижение числа местных рецидивов при органосохраняющих операциях и после мастэктомии при поражении более 4-х лимфатических узлов.

Химиотерапия при РМЖ проводят в 2 режимах: неоадъювантная (лечебная) и адъювантная (профилактическая). Эти режимы в основном проводятся до и/или после операции с целью эрадикации микрометастазов опухоли. При наличии метастазов в регионарных лимфоузлах (размер опухоли более 2 см, молодой возраст, рецептор отрицательные или низкодифференцированный рак) требуется неоадъювантная химиотерапия. По данным многих ученых с помощью современной схемы химиотерапии можно получить выраженный клинический эффект у 50-80 % больных.

В лечении РМЖ наиболее часто используется комбинации следующих противоопухолевых препаратов: CAF, FEC, NFC, CAP. В последние годы доказана эффективность таксанов в лечении рака молочной железы.

С 1999 года начато лечения РМЖ с препаратом трастузумаб (герцептин), который относится к классу моноклональных антител и представляет собой по сути метод биологической терапии. Препарат в основном используется у больных с высокий экспрессией HER-2 neu. Лечение герцептином показано преимущественно у пациенток с HER-2 neu положительным РМЖ. Герцептин позволит, снизить риск развития рецидива и отдаленных метастазов более чем на 50%.

Профилактика рака молочной железы. На сегодняшний день заболеваемость РМЖ женщин нашей Республики остается одной из актуальных проблем Министерства Здравоохранения.

Для решения этих задач необходима национальная программа борьбы против рака. Основным зерном этой программы является ранняя диагностика. В решении этой проблемы должны участвовать не только медики, но и общественные организации, больные сами, а также их родственники и близкие с сознательным решением проблемы в масштабе республики. Профилактика рака молочной железы состоит из двух направлений. Социальное направление: ликвидация или резкое уменьшение канцерогенных воздействий внешней среды на организм женщины.

Индивидуальное направление: укрепление защитной системы конкретной женщины.

По данным ВОЗ (1996 г) указанными мерами профилактики можно предупредить до 2/3 случаев рака, из них до 75% за счёт индивидуальной профилактики.

Поэтому многое в развитии рака молочной железы зависит от самой женщины, обуздать пристрасти- бросить курить, алкоголь, никогда не переедать, не увлекаться модными лекарствами (контрацептивами), гормональными препаратами.

Профилактика рака молочной железы подразделяется на первичную и вторичную. Возможности первичной профилактики во многом связаны с экологическими и социальными аспектами. Восстановление и сохранение нормальной окружающей среды ограничивают влияние различных канцерогенов на организм человека. Нормализация семейной жизни, осуществление своевременной детородной функции, грудное вскармливание младенца, удовлетворение половой жизнью, уменьшение число абортов, лечение воспаление придатков, эндометриозов, исключение браков при обоюдной онкологической отягощённости.

Вторичная профилактика РМЖ в настоящее время представляется более реалистичной и зависит от правильной скоординированных организационных и методических мероприятий.

Влияние предраковых заболеваний – очагов тяжёлой дисплазии эпителия, быстроростающих фиброаденома, цистаденопапиллом и других образований. Хирургическое лечение – удаление новообразований, объем операции – секторальная резекция, лампэктомия. Консервативное медикаментозное лечение проводят при наличии мастопатии. Поскольку мастопатию определяют как дисгормональную гиперплазию молочных желез, возникающую, как правило вследствие гиперэстрогенизации, то лечение направлено на нормализацию гормонального статуса.

Профилактическое лечение женщин с высоким наследственным риском возникновение РМЖ – имеющих в анамнезе семейный рак или носительниц мутаций генов BRCA -1, BRCA – 2. Особенно тщательное обследование, удаление суспициозных мастопатийных очагов, вплоть до подкожной мастэктомии с реконструкцией, гормонотерапия антиэстрогеновыми препаратами (тамоксифеном и другими), выключение функции яичников у нацительниц мутации гена BRCA при сохраненной менструальной функции.

В ранней диагностике РМЖ важное значение имеет самообследование молочных желез самой женщиной. С целью своевременного выявления РМЖ необходимо регулярное самообследование молочных желез у женщин фертильного возраста на 7-8 день после окончания менструации ежемесячно, а женщинам в менопаузе один из дней каждого месяца.

Другим немаловажным методом раннего выявления РМЖ является ежегодный профилактический осмотр женщин в условиях первичного звена здравоохранения. При обнаружении какого-либо уплотнения используется диагностические методы - маммография, ультразвуковое исследование и аспирационная пункционная биопсия. Эти методы позволят выявить больных РМЖ в ранних стадиях.

Прогноз. РМЖ зависит от стадии заболевания, качества и степени поражения, регионарных лимфоузлов, от степени злокачественности опухоли количества гормональных рецепторов (эстрогенов и прогестерона), возраста больной, степени экспрессии HER 2- neu. Прогноз ухудшается с увеличением стадии опухолевого процесса, в молодом возрасте, при низкодифференцированных опухолях, отсутствии в ткани опухоли рецепторов эстрогена /прогестерона и/ или при гиперэкспрессии HER 2 -neu.

5-летняя выживаемость при РМЖ I стадия 87-95%, II стадия- 75-92%, III стадия -37-65%, IV стадия 10-15% . 0 стадия -100%.

ЛИТЕРАТУРА

1.Давыдов М.И.,Аксель Е.М.- Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000г.- М: 2000-281с.

2.Тюляндин С.А.,Моисеенко В.М. – Практическая онкология: избранные лекции,- Санкт-Петербург: центр ТОММ,2004-784с.

3.Высоцкая И.В.,Летягин В.П.,Погодина Е.М.-Лечение ранних форм рака молочной железы – М.: 2000.-144с.

4.Маммология. Национальное руководство/под ред.Н.И.Рожковой. В.П.Харченко – М.2009.-328с.

5.Лактионов К.П.,Блохин С.Н.Реконструктивные операции при раке молочной железы – М.,2008.

6.Рак молочной железы. Руководство под ред:Н.Е.Кушлинского.,С.М.Портного К.П.Лактионова М.:2005г.-479.

7.Исмаилов С.И.,Абдурахманов К.Ф. Ранняя диагностика рака молочной железы на уровне первичного звена здравоохранения. Методическое пособие,- Ташкент 2010г.-16с.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ (ИНТЕРНЕТ)
ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАРИ (ИНТЕРНЕТ)

Благодаря 15 летнему изобретателю будут спасены миллионы жизней

Среди всех типов болезни, рак поджелудочной железы - один из самых опасных.

Проблема заключается в практически невозможной ранней диагностике заболевания, что усложняет его лечение. Существующие тесты ценные и малоэффективны.

С Интернета, Джек узнал, что в крови больных на этот тип рака повышается уровень протеина месотилина. Попросившись в лабораторию при Университете имени Джонса Хопкинса, Джек разработал простой бумажный сенсор. Достаточно одной капли крови или мочи, чтобы выявить у человека признаки рака.

Его тест работает с точностью 90%, и обнаруживает болезнь ранее чем все предыдущие методы. "Этот сенсор в 400 раз более чувствителен, чем предыдущие, в 168 раз быстрее и в 26 000 раз дешевле.

Сенсор стоит всего 3 цента, и результаты готовы за 5 минут", - отметил молодой изобретатель. И можно только догадываться, скольким людям спасет жизнь тест разработанный подростком из провинциального городка в штате Мэриленд, США.

По данным Евролаб.

В винограде найдено соединение, убивающее раковые клетки.

Новое исследование ученых Колорадского университета показало, что синтез наиболее активного компонента экстракта виноградных косточек B2G2 приводит к апоптозу — самоуничтожению раковых клеток простаты. При этом здоровые клетки остаются невредимыми, пишет The Times of India.

Американцы успешно с этим справились, им удалось синтезировать B2G2 достаточно быстро и без больших затрат. Синтезированный B2G2 имеет аналогичный механизм воздействия на раковые клетки и не уступает в эффективности GSE.

Выделение и синтез B2G2 - важный шаг, поскольку теперь у ученых есть возможность проводить больше экспериментов с чистым соединением.

Ранее сотрудники медицинского колледжа Горы Синай в Нью-Йорке заявили, что потребление виноградных косточек может помочь в борьбе с дегенеративными заболеваниями центральной нервной системы, такими как болезнь Альцгеймера. Результаты исследования ученых опубликованы в журнале Nutrition and Cancer.

http://top.rbc.ru

В Израиле начали лечить рак печени током

Новый метод терапии рака печени предложили врачи из медицинского центра Хадаса Эйн Керем. Израильские врачи выяснили, что рак можно лечить электротоком.

Суть лечения рака в печени в следующем: ток воздействует на опухоль посредствам электрических разрядов, которые попадают прямо в опухоль с помощью направляющих электродов. Ток не повреждает здоровые ткани и воздействует только на раковую опухоль.

Лечение током при раке печени длится не более 30 минут, и уже на следующий день можно судить о том, насколько успешно прошла операция.

Лечение проводят под общим наркозом.

http://www.bestmedisrael.com

Зерна граната препятствуют развитию рака груди

Вопрос профилактики и выявления на ранних стадиях онкологических заболеваний до сих пор остается актуальным.

Рак объявлен чумой XX, а затем и XXI века, однако нужно отметить, что за последнее десятилетие сделан огромный прорыв в методах лечения этого заболевания. Лечение является дорогостоящим, но достаточно эффективным, особенно на ранних стадиях. Рак груди самый распространенный среди представительниц прекрасного пола, а потому внимание ученых приковано к методам борьбы с этим заболеванием. Представители научной элиты университета Огайо установили, что употребление граната снижает вероятность развития онкологии молочных желез.

Такое действие объясняется тем, что зерна граната содержат вещества, замедляющие, а при регулярном потреблении и останавливающие выработку эстрогена, а именно переизбыток данного гормона считается причиной активного разрастания количества раковых клеток

Израильтяне предложили новый метод борьбы с курением

Применение магнитной стимуляции, способствующей изменению мозговой активности,

помогает бросить курить. Об этом заявили сотрудники Университета имени Давида Бен-Гуриона в Негеве (Израиль), передает Би-би-си. Ученые обратились к методу транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС используется для борьбы с депрессией), чтобы "отменить никотиновую зависимость в мозге". Специалисты полагают, что он поможет людям сократить количество выкуриваемых сигарет или вовсе избавиться от вредной привычки.

"Теперь у нас появилось еще больше доказательств в пользу ТМС, которая уже применяется в психиатрии. Однако останавливаться на достигнутом не стоит - нужно продолжить исследование, чтобы улучшить понимание метода и понять, как он работает", - говорит Крис Чемберс из Кардиффского университета.

Отметим, что коллеги ученых не исключают положительного воздействия ТМС на лечение героиновой зависимости.

http://top.rbc.ru

Поросята могут быть донорами органов для человека, в т.ч. и почек – исследование специалистов из Университета Флориды.

В ходе исследования ученые изучали возможность использования почки свиньи в качестве клеточного каркаса, на который можно наживить стволовые клетки пациента. Новый орган созреет всего за несколько месяцев и пациенту не придется ожидать пересадки годами.

Сначала у пациента берутся клетки кожи, на них ученые воздействуют определенными химикатами, и в особом инкубаторе получаются индуцированные стволовые клетки.

После этого свиная почка очищается от своих родных клеток в ходе процесса под называнием децеллюларизация. Ученые отмечают, что это самый важный этап изготовления новой почки для человека. Если очищение проходит успешно, почечный коллагеновый скелет становится матрицей для роста человеческих стволовых клеток.

Специалисты подчеркивают, что подобный метод позволит скомпенсировать всемирный дефицит здоровых донорских почек, а также снизить потребность в иммунодепрессантах - лекарствах, назначаемых реципиентам пересаженных органов для того, чтобы избежать отторжения. Такие лекарства отягощают ситуацию своими серьезными побочными эффектами - например, делают пациентов чрезвычайно уязвимыми перед инфекциями.

Medlinks.ru

Доказано: хлеб и макароны можно есть вечером

Рекомендация диетологов из Иерусалима кажется необычной, и тем не менее для борьбы с лишним весом и диабетом они советуют составить диету таким образом, чтобы дневная норма углеводов потреблялась во время вечерней трапезы. По словам исследователей, насыщенная углеводами пища дает возможность в течение всего следующего дня сохранять чувство сытости, и, соответственно, меньше есть.

Половина из иследуемых употребляла на ночь продукты с высоким содержанием углеводов, а другая половина придерживалась стандартных рекомендаций: не есть углеводов перед сном. В финале выяснилось, что добровольцы из первой группы по всем показателям обошли коллег, придерживавшихся традиционных диетических установок.

У них, в частности, было зафиксировано снижение веса, уменьшение объема талии, снижение содержания жира в тканях. Кроме того, за время диеты у этих участников повысилось содержание в организме гормона адипонектина (уменьшает риск развития сахарного диабета), что привело к снижению уровня сахара в крови. Сами полицейские, придерживающиеся «израильской диеты», признавались, что они перестали испытывать чувство голода днем, и им стало намного проще соблюдать диету. В гормональных показателях это отражалось следующим образом: уровень лептина, регулирующего энергетический обмен и подавляющего аппетит и обычно растущего ночью, стал повышаться днем, а уровень грелина, отвечающего за насыщение, стал, наоборот, повышаться в ночные часы.

http://www.medikforum.ru

УДК:616.03-246;019

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

(литературный обзор)

Ходжаева Н.И., Шадманова Л .Ш., Азизходжаева Г.С., Шермухамедова Ф.М.
(ТМА)

Термин «социальные когнитивные функции» («социальные познавательные функции») впервые использован в социальной психологии для определения того, как человек обрабатывает информацию в социальном контексте, включая личностное восприятие происходящего, выстраивание причинно-следственных связей относительно себя и других, привнесение социальных правил в процесс принятия решений.

Ключевые слова: шизофрения, когнитивныйфункции, социальные когнитивныйфункции, эмоциональный интеллект ,функциональний адаптации.

ШИЗОФРЕНИЯДА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ЎЗИГА ҲОС ҲУСУСИЯТЛАРИ

(адабиётлар шарҳи)

Ижтимоий когнитив функциялар термини биринчи маротаба ижтимоий психологияда инсонларда ижтимоий контекстдаги ахборотларни қайта ишлашни ўрганиш,қилаётган хатти харакатларини ўзига ва бошқаларга нисбатан сабаб ва асоратларини тушуниш,қарор қабул қилишда ижтимоий қонунларга амал қилишини аниқлаш учун фойдаланилган.

Калит сўзлар: Шизофрения, когнитив функциялар, ижтимоий когнитив функциялар, хиссий онг , функционал адаптация

PARTICULARLY COGNITIVE DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA

(literature review)

The term «social cognitive to functions» («social cognitive functions») was for the first time used in social psychology for determination that, as person processes information in social context, including larval perception occurring, straightening the causal relationships comparatively itself and others, привнесение social rules in process decision making.

Keywords: Schizophrenia, cognitive function, social, cognitive function, emotional intelligence, functional adaptation

Социальные когнитивные функции могут быть определены как «способность выстраивать представления об отношениях между собой и другими и гибко использовать эту способность для управления социальным поведением» [1,7,17].

Термин «социальные когнитивные функции» определяет ряд аспектов познавательной (когнитивной) сферы, которые невозможно оценить с помощью традиционных нейрокогнитивных тестов, но которые потенциально имеют независимую связь с социальным поведением и социальным функционированием [9,7]. Социальные когнитивные функции включают получение информации, ее интерпретацию и формирование ответа на намерения, мнения, поведение других людей [8, 9, 17] и лежат в основе социального взаимодействия.

Другими словами, социальные когнитивные функции определяют, «как люди думают о себе и других в социальном мире» [9]. Главное отличие социальных когнитивных функций от несоциальных заключается в их содержании, связанном с социальными взаимодействиями (сценарии, роли и другие схемы интеракций) [8, 11].

Исследования социальных когнитивных функций в основном проводились у хронически больных. Между тем в ряде исследований обнаружены нарушения социальных когнитивных функций у пациентов, ранее не получавших медикаментозное лечение или с недавним началом заболевания [3, 4, 5,9, 12].

В нескольких исследованиях нарушения социальных когнитивных функций были обнаружены у неболеющих родственников пациентов, страдающих шизофренией [3,7, 10, 17].

При описании социальных когнитивных функций при шизофрении обязательно упоминают следующие феномены: восприятие эмоций, «TheoryofMind» (термин «TheoryofMind» обычно переводят как «теория разума», но суть его выражает формула «внутренняя модель сознания другого», далее в тексте - ВМСД), атрибутивный стиль [3,4] и социальное восприятие []. Растет количество исследований, показывающих, что нарушения социальных когнитивных функций имеют большое значение и во многом определяют функциональный исход у пациентов, страдающих шизофренией [3,6, 13].

Восприятие эмоций сегодня все чаще рассматривают в рамках более широкого понятия «эмоциональный интеллект» (ЭИ), куда включают способности к распознаванию, пониманию эмоций и управление ими, имея в виду как собственные эмоции субъекта, так и эмоции других людей. Описаны две альтернативные модели, на которых основывается измерение ЭИ. Смешанные

модели тесно связаны с адаптацией к реальной жизни и процессами совладания и включают когнитивные, личностные и мотивационные черты [10]. В парадигме смешанных моделей измерение ЭИ осуществляется с помощью опросников, основанных на самоотчете (как и традиционные личностные опросники). Модели способностей определяют ЭИ как набор способностей, измеряемых с помощью тестов, состоящих из заданий, имеющих правильные и ошибочные ответы [8]. Результаты опросников и тестов ЭИ низко коррелируют друг с другом. Измерение ЭИ с помощью опросников обладает достаточной надежностью и критериальной валидностью, но сомнительной инкрементной валидностью (то есть их результаты трудноотличимы от результатов личностных опросников).

Измерение ЭИ с помощью тестов в теории более предпочтительно, но на практике его критериальнаявалидность оказывается недостаточной. Предполагается, что тесты ЭИ измеряют не столько определенные способности, сколько соответствие представлений испытуемого об эмоциях культурным нормам [13].

Модель обработки эмоций (от восприятия до использования), предложенная P.Salovey [8, 10,14], определяет эмоциональный интеллект как набор навыков, включающих и эмоции, и когниции. Эта модель состоит из четырех компонентов обработки эмоций - идентификации эмоций, фасилитации (усиление, облегчение) эмоций, понимания эмоций и управления эмоциями [8, 10].

Восприятие эмоций, которое в данной модели относится к компоненту идентификации эмоций, является наиболее широко изученным аспектом социальных когнитивных функций при шизофрении. Эмоциональное восприятие включает способность получать информацию об эмоциях по выражению лица и/или интонации голоса и обычно оценивается с помощью фотографий лиц людей с различными выражениями эмоций (FacialEmotionIdentificationand-Discriminationtasks [7,14]) или звукозаписей голосов, выражающих основные эмоции (счастье, грусть, злость, страх, удивление, отвращение, стыд).

«TheoryofMind» (ВМСД) имеет отношение к способности понимать состояние сознания другого человека и/или делать выводы о его намерениях. ВМСД включает понимание ложных убеждений, намеков, намерений, обмана, метафор, иронии и ошибок.

В целом для пациентов, страдающих шизофренией, свойственен дефицит построения внутренней модели сознания других, и это является их характерной чертой [1,9, 12, 15]. Ближайшие родственники больных шизофренией также имеют определенный дефицит ВМСД, что позволяет оценивать дефицит ВМСД как потенциальный эндофенотип шизофрении [6,15].

Дефицит ВМСД представлен как у госпитализированных, так и у амбулаторных больных и не связан ни с общим когнитивным функционированием, ни с наличием таких специфических симптомов, как, например, бред. Этиология дефицита ВМСД неизвестна, отчасти из-за того, что происхождение нормальной ВМСД также до сих пор неизвестно [9,15].

Наиболее активными отделами мозга при деятельности, связанной с ВМСД, считаются префронтальная кора и граница префронтальной и премоторной коры - участки мозга, ответственные за произвольные действия. Оценка ВМСД при шизофрении обычно проводится с помощью тестов, используемых в исследованиях детей для понимания ложности убеждений (false-belieflask) и адаптированных для больных шизофренией.

В адаптированном задании испытуемому предлагается несколько коротких историй и оценивается его способность к пониманию основных ложных убеждений первого порядка (например, некто может иметь ложные убеждения относительно мироустройства) или более сложных ложных убеждений второго порядка (например, некто может иметь ложные убеждения относительно убеждений другого человека). В другой парадигме исследуется способность субъекта подобрать соответствующую образу (характеру) одежду для мультипликационных героев, изображенных на рисунке [4,11].

Некоторые тесты были специально разработаны для взрослых, например, тест на понимание социальных умозаключений - TheAwarenessofSociallnferencesTest [8,13], который оценивает понимание взаимоотношений между людьми на примере записанных в видеоформате ситуаций, и включает умозаключения по поводу намерений и убеждений других людей, распознавания сарказма, лжи и т.п.В последующей работе этого же коллектива авторов [2,5] госпитализированные по решению суда пациенты с психотическими расстройствами получали тренинг социальных когнитивных функций и интерактивного взаимодействия или тренинг навыков совладания, являющийся частью обязательной программы.

Тренинг социальных когнитивных функций и интерактивного взаимодействия был модифицирован с целью увеличить объем тренинга восприятия лицевых эмоций. По сравнению с контрольной группой, получавшей тренинг навыков совладания, в группе, участвовавшей в тренинге социальных когнитивных функций и интерактивного взаимодействия, были отмечены значительные улучшения (от умеренных до высоких) социальной атрибуции и построения ВМСД, а также в восприятии лицевых эмоций.

Кроме того было отмечено, что пациенты, прошедшие такой тренинг, отмечали улучшение своей способности вступать во взаимодействия с другими, увеличение размера и качества своей социальной сети, а также снижение количества агрессивных инцидентов.

В данном исследовании также уделялось внимание когнитивной ригидности пациентов, страдающих шизофренией, и их потребности в предсказуемости. В опубликованном в 2008 году обзоре исследований, посвященных социальным когнитивным функциям, D.L.Penn и соавт. [9,15] выделили четыре основных направления таких исследований.

Первое направление, когнитивное, исследует мыслительные (когнитивные) «схемы», являющиеся набором устойчивых представлений индивида («установок») о себе, о принадлежности к группам, о физических свойствах внешнего мира и т.п. Активация в той или иной ситуации (например, при воздействии некоего социального стимула) одной из схем приводит к следствиям, например, в виде решения о том, стоит ли продолжать отношения с данным человеком, о его мыслях и чувствах.

Второе направление - ориентация на процесс; предприняты попытки не только понять механизмы, приводящие от воздействия социального стимула до результирующего поведения, но даже измерить время реакции [9,15].

Третье направление - изучение социальных когнитивных функций проводится с использованием междисциплинарных подходов и характеризуется взаимопроникновением идей (когнитивная и клиническая психология, психология развития и нейронаука).

Например, нейрофизиологи обнаружили специфические области мозга, активирующиеся в ответ на принятие социальных решений. Такие области, как стриатум активируются в ответ не только на основные стимулы, но и на более абстрактные социальные стимулы, например, на положительные эмоции вследствие взаимного сотрудничества, что может быть исследовано только с помощью междисциплинарного подхода.

По мнению ряда авторов [9,7], нейробиология социальных когнитивных функций в основном затрагивает области префронтально л коры и амигдалы - те же нейрональныедефицитарные зоны, которые задействованы при шизофрении, что может свидетельствовать об общем биологическом механизме, лежащем в основе нарушения социальных когнитивных функций и возникновения психозов.

Четвертое направление - взаимодействие социальных когнитивных функций с реальным внешним миром [9,16].

Сегодня исследования социальных когнитивных функций при шизофрении проводятся по двум основным направлениям [6,13]. Первое направление осуществляется в основном в Великобритании и нацелено на понимание природы специфических клинических симптомов, например, на изучение связи социальных когнитивных функций с параноидными симптомами или контролем мыслей.

Второе направление исследований проводится преимущественно в Северной Америке и посвящено роли социальных когнитивных функций в исходе шизофрении. Известно, что вследствие шизофрении возникают серьезные нарушения различных сфер, определяющих функциональный исход [7,9].

Существует точка зрения, что нарушения социального функционирования являются наиболее значимыми из них, так как приводят к нарушениям семейных взаимоотношений, конфликтам с коллегами по работе и ведут, в итоге, к социальной изоляции. Нарушения социального функционирования также являются наиболее устойчивыми последствиями шизофрении [3,6,8,10,13].

По мнению ряда авторов [2,12, 15], улучшения в социальном функционировании не могут происходить исключительно вследствие достижения контроля над психотической симптоматикой, так как психотические симптомы не имеют тесной связи с уровнем функциональной адаптации, что подтверждается результатами исследований, проводимых у больных шизофренией, проживающих в «жилье с поддержкой» (community- dwelling).

Однако терапевтическое воздействие, направленное на ключевые детерминанты дефицита социального функционирования, приводит к улучшениям в этой сфере. Таким образом, психосоциальное воздействие, нацеленное на снижение дефицита в социальных когнитивных функциях у больных шизофренией, может осуществляться различными способами.

Вмешательства могут быть направлены на отдельные социальные когнитивные функции: например, на улучшение восприятия эмоций - тренировка у пациентов навыка имитировать выражения лиц других людей либо на изменения атрибутивного стиля через обучение пациента поиску альтернативных атрибуций в ситуациях, когда активируются привычные «схемы». Интегративные вмешательства сочетают тренинг отдельных функций и навыков, работу в группе с различными социальными ситуациями (в том числе, для выявления дезадаптивных «схем» и стратегий совладания с последующей заменой на более адаптивные) при помощи просмотра видеоматериалов и проведения ролевых игр.

Все больше данных свидетельствует в пользу того, что тренинг социальных когнитивных функций должен проводиться в течение длительного времени, не изолированно, а в связке с когнитивной ремедиацией и когнитивно-поведенческой терапией [8,14] и должен быть нацелен на нужды конкретного пациента, страдающего шизофренией, учитывая гетерогенность данного заболевания в рамках мультимодальной психиатрической реабилитации [1,12]. Таким образом, тренинг социальных когнитивных функций может и должен стать еще одним оружием в арсенале средств для лечения шизофрении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Марута Н А,Рачкаускас Г.С.Оценка эфективности реамберина в коррекции метоболических расстройств при лечении болних параноидной шизофренией.Украинский медицинский альмана 2011:14:3:114-119.
2. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М, 1974. 512 с.
3. Роберте Р.Д., Мэттьюс Дж., Зайднер М., Люсин Д.В. Эмоциональный интеллект: проблемы теории, измерения и применения на практике // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2004. Т. 1, № 4. С. 3- 26.
4. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Далныкова А.А., Магомедова М.В. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Методические рекомендации. М., 2004.
5. Addington J., Addington D. Facial affect recognition and information processing in schizophrenia and bipolar disorder // Schizophr. Res. 1998.Vol. 32. P. 171-181.
6. Addington J., Saeedi H., Addington, D. Facial affect recognition: a mediator between cognitive and social functioning in psychosis // Schizophr. Res. 2006. Vol. 85, N 1-3. P. 142-150.
7. Adolphs R. The neurobiology of social cognition // Curr. OpinionNeurobiol. 2001. Vol. 11. P. 231-239.
8. Allen D.N., Strauss G.P., Donohue B., van Kammen D.P. Factor analytic support for social cognition as a separable cognitive domain in schizophrenia // Schizophr. Res. 2007.Vol. 93. P. 325-333.
9. Anderson S. W., Bechara A., Damasio H. et al. Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex // Nature Neuroscience. 1999. Vol. 2. P. 1032-1037.
10. Bar-On R. Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory // Handbook of emotional intelligence / R.Bar-On, J.D.A.Parker (Eds.). SanFrancisco: Jossey-Bass. 2000. P. 363-388.
11. Bell M., Bryson G., Greig, T. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy // Arch. Gen. Psychiatry. 2001. Vol. 58. P. 763-768.
12. Bentall R.P., Corcoran R., Howard R. et al. Persecutory delusions: A review and theoretical integration // Clin. Psychol. Rev. 2001.Vol. 21. P. 1143- 1192.
13. Bentall R.P., Swabrick R. The best laid schemas of paranoid patients: autonomy, sociotropy, and need for closure // Psychol. Psychother. 2003. Vol.76. P. 163-171.
14. Ben-Yishay Y., Rattok J. A., Lakin P. et al. Neuropsychological rehabilitation: Quest for a holist approach // Seminars in Neurology. 1985. Vol. 5. P. 252- 259.
15. Brekke J.S., Hoe M., Long J., Green M.F. How neurocognition and social cognition influence functional change during community based psychological rehabilitation for individuals with schizophrenia // Schizophr. Bull. 2007. Vol. 33. P. 1247-1256.
16. Brekke J.S., Kay D.D., Kee K.S., Green, M.F. Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia// Schizophr. Res. 2005.Vol. 80. P. 213-225.
17. BrennerH. D., Roder V., Hodel B. et al. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. Seattle, WA: Hogrefe, Huber, 2004.

УДК:615.361-07

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЕ (обзор литературы)

Ашуров З .Ш.,Шадманова Л.Ш.,Хаитова Г.С., ДавлетяроваУ.М., СыдыковХ.Б.
(ТМА)

Частота черепно-мозговой травмы и тяжесть ее последствий придают проблеме большое социальное значение. Среди выживших значительна инвалидизация, ведущими причинами которой являются психические расстройства, эпилептические припадки, грубые двигательные и речевые нарушения.

Ключевые слова: психоорганический синдром, память, внимание, интеллект, астенический синдром.

ПСИХООРГАНИК СИНДРОМ: КЛИНИК КЎРИНИШЛАРИ ВА КЕЧИШИ
(адабиетлар шарҳи)

Бош мия жароҳати частотаси ва асоратларини оғирлиги ушбу муаммога катта ижтимоий аҳамият беради. Тирик қолганлар орасида сезиларли инвалидизациянинг кўплигининг асосий сабаблари, рухий бузилишлар, эпилептик тутқаноқлар, қўпол харакат ва нутк бузилишлари хисобланади.

Калит сўзлар: психоорганик синдром,хотира,диккат,тафаккур,астеник синдром.

PSYCHO-ORGANIC SYNDROME: CLINICAL PRESENTATION AND COURSE
(literature review)

The frequency of traumatic brain injury and the severity of its consequences attach great problem social value. The leading causes which are mental disorders, seizures, gross motor and speech disturbances lead to the significant disability among survivors.

Keywords: psycho-organic syndrome, memory, attention, intelligence, asthenic syndrome.

Для описания психических расстройств органического генеза еще E. Bleuler (1916) ввел термин “органический симптомокомплекс”. В последующем термин “органический симптомокомплекс” начал рассматриваться более широко и заменил существовавший в русской и немецкой психиатрии с конца XIX века термин “органические психические расстройства”. Позже в психиатрии получили распространение обозначения этого расстройства, предложенные М. Влеилегом - “органическийпсихосиндром” (1955), “диффузный мозговой психосиндром” (1979). В английской психиатрии это расстройство обозначают как “хронический мозговой синдром”, а в американской — “органический мозговой синдром”. Термин, используемый американскими психиатрами, включает в себя также и расстройства, относящиеся к экзогенному типу реакции, в первую очередь делирий [23-24].

Сопоставление различных понятий, используемых для определения различной степени и глубины органических изменений личности, дает основание считать, что термин “психоорганический синдром” наиболее полно отражает все многообразие встречающихся нарушений и позволяет по совокупности расстройств оценить их характер и выраженность, а следовательно, избежать крайне неопределенных и расплывчатых диагностических оценок типа “энцефалопатия с астеническими расстройствами” и т.п [26].

Для психоорганического синдрома характерны нарушения (триада Вальтер-Бюэля): памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы (недержание аффекта). Наблюдаются расстройства всех компонентов памяти, характерны также качественные расстройства памяти: конфабуляции, псевдореминисценции, в тяжелых случаях отмечается прогрессирующая амнезия с развитием амнестической дезориентировки. Сначала ориентировка нарушается в месте и времени, а затем в собственной личности [27-28].

Нарушения интеллекта проявляются неспособностью больных к приобретению новых знаний и навыков, в первую очередь это отражается недавно полученной информации, в то время как профессиональные знания и автоматизированные поступки и действия могут сохраняться длительное время. Постепенно речь становится замедленной, бедной, изобилует словесными шаблонами. Аффективные расстройства характеризуются недержанием эмоций, слабодушием, взрывчатостью (эксплозивностью), быстрой истощаемостью.

В редких случаях симптоматика психоорганического синдрома может стабилизироваться или приобретать характер обратного развития. Обычно же под влиянием внешних психотравмирующих и вредных физических воздействий он развивается прогредиентно и достигает степени органического слабоумия (деменции) [29-30-31].

Через всю симптоматику «проходят» астенические явления. Объем внимания значительно ограничен, повышена отвлекаемость. Страдает качество восприятия, в ситуации улавливаются лишь частные детали. Ухудшается ориентировка, вначале в окружающем, а затем и в собственной личности. Уровень мышления снижается, что проявляется обеднением понятий и представлений, слабостью суждений, неспособностью адекватно оценивать ситуацию, свои возможности. Темп мыслительных процессов замедлен, торпидность мышления сочетается со склонностью к детализации, персеверациям [19].

В наиболее лёгкой форме психоорганический синдром представляет собой астеническое состояние со слабостью, повышенной истощаемостью, эмоциональной лабильностью, неустойчивостью внимания, снижением работоспособности. При тяжёлых формах психоорганического синдрома на первое место выступает интеллектуально-мнестическое снижение, доходящее до степени слабоумия (деменция) [21-23].

Нарушения интеллекта у больных проявляются в первую очередь снижением критики при самооценке и оценке окружающего. Так, больной достаточно верно оценивает плохое и хорошее, но в отношении окружающих совершает неправильные поступки, бестактно высказыва-

ется не понимая этого. Ухудшается в различной степени способность к приобретению новых знаний, снижается объём и качество знаний, полученных в прошлом, ограничивается круг интересов. Мышление становится консервативным, односторонним, что вместе с изменённой оценкой окружающего ведёт к нарушению способности больного охватить ситуацию в целом. Ухудшается речь, в частности устная (уменьшается словарный запас, упрощается структура фраз, больной чаще использует словесные шаблоны, вспомогательные слова). В разговоре он не способен выделить главное, легко отвлекается на второстепенные детали и застревает в них. Важно отметить, что нарушения памяти распространяются на все её виды. Ухудшается запоминание новых фактов, то есть страдает память на текущие события, снижается способность сохранять воспринятое и возможность активизировать запасы памяти [22-25].

Психические нарушения сочетаются:

- с разнообразными нередко весьма выраженными неврологическими расстройствами - парезы, параличи, выпадения чувствительности, гиперкинезы и др.
- с нарушением высших корковых функций - афазии, апраксии, агнозии, акалькулия и т.п. [33-35].

Тяжесть психических и неврологических нарушений не всегда совпадает.

Выделяют 4 основных варианта психоорганического синдрома: астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический.

Астенический вариант. В клинической картине синдрома преобладают стойкие астенические расстройства в виде повышенной физической и психической истощаемости, явлений раздражительной слабости, гиперестезии, аффективной лабильности, тогда как расстройства интеллектуальных функций выражены незначительно. Часто отмечается некоторое снижение интеллектуальной продуктивности, иногда выявляются легкие дисмнестические расстройства. Степень тяжести астенического (как и других вариантов) психоорганического синдрома может быть оценена с помощью так называемого симптома Пирогова, или метеопатического симптома - он проявляется изменением состояния больного в зависимости от колебаний барометрического давления: если состояние больного меняется перед падением или подъемом барометрического давления, его следует расценивать как более тяжелое по сравнению с теми случаями, когда состояние больного меняется одновременно с изменением погоды. Не менее существенными являются изменения самого состояния: в одних случаях колебания барометрического давления сопровождаются развитием новых, не характерных для состояния больного, астенических явлений - это свидетельствует о более тяжелом характере поражения, чем в случаях, при которых отмечается лишь усиление имеющихся у пациента проявлений астенического состояния.

Эксплозивный вариант. Характерно сочетание аффективной возбудимости, раздражительности, взрывчатости, агрессивности с нерезко выраженными дисмнестическими нарушениями и снижением адаптации. Характерна также склонность к сверхценным паранойяльным образованиям, нередко бывают ослабление волевых задержек, утрата самоконтроля, повышение влечений. Характерна алкоголизация больных: они, обращая внимание на релаксирующее влияние алкоголя, снимающее или уменьшающее раздражительность и возбудимость, прибегают к приему алкогольных напитков для улучшения своего состояния, однако регулярное употребление алкоголя неизбежно ухудшает общее состояние и усиливает проявления органической недостаточности, что в свою очередь сопровождается повышением дозы алкоголя для купирования состояния внутреннего напряжения, раздражительности и брутальности; поэтому у части больных наблюдается достаточно быстрое формирование признаков хронического алкоголизма с быстрым формированием тяжелых форм синдрома похмелья.

Характерно также формирование сверхценных образований, часто кверулянтских тенденций, возникновение которых нередко связано с несправедливостью, допущенной в отношении больного или его близких. Нередки различные виды истерических форм реакций, свойственные больным этой группы, развивающиеся обычно в тех случаях, когда на пути осуществления планов больного становится преграда или когда требования больного не выполняются. Следует обратить внимание на то, что склонность к сверхценным образованиям и формирование истерических расстройств являются особенностями психопатологической и клинической картины психоорганического синдрома и свидетельствуют о достаточной тяжести проявлений болезни.

Как при астеническом, так и при эксплозивном варианте психоорганического синдрома происходит выраженная декомпенсация состояния в связи с интеркуррентными заболеваниями, интоксикациями и психическими травмами.

Эйфорического вариант. Определяется повышением настроения с оттенком эйфории и благодушия, бестолковостью, резким снижением критики к своему состоянию, дисмнестическими расстройствами, повышением влечений. У части больных наблюдаются взрывы гневливости с агрессивностью, сменяющиеся беспомощностью, слезливостью, недержанием аффекта. У больных значительно снижена работоспособность . Признаком особой тяжести состояния является

развитие у больных симптомов насильственного смеха и насильственного плача, при которых причина, вызвавшая реакцию, бывает амнезирована, а гримаса смеха или плача долгое время сохраняется в виде лишенной содержания аффекта мимической реакции.

Апатический вариант. Характеризуется аспонтанностью, резким сужением круга интересов, безразличием к окружающему, в том числе к собственной судьбе и судьбе своих близких, и значительными дисмнестическими расстройствами. Обращают на себя внимание черты сходства этого состояния с апатическими картинами, наблюдаемыми в конечных состояниях шизофрении и эпилептической болезни, однако присутствие мнестических расстройств, астении, спонтанно возникающих симптомов насильственного смеха и плача помогают отграничению этих картин от сходных состояний, развивающихся при других нозологических формах [34-35-36].

Перечисленные варианты психоорганического синдрома часто являются стадиями его развития и каждый из вариантов отражает различную глубину и различный объем поражения психической деятельности:

1 - Первый и самый начальный этап – астенический: •с характерными проявлениями астеническогосимптомокомплекса, с явлениями гиперестезии, раздражительной слабости, вегетативно-сосудистыми расстройствами•особенно характерна повышенная чувствительность больных к изменению барометрического давления (синдром Пирогова), лекарственным препаратам и алкоголю•отмечается непереносимость жары•при резком изменении климатических условий состояние больного, как правило, ухудшается Наличие вышеуказанной симптоматики свидетельствует о прогрессировании процесса.

2 - Наступает следующий этап психоорганического синдрома – эксплозивный:•больной становится злобным, раздражительным, гневливым, крайне возбудимым

3 - Признаки эксплозивности с течением времени сменяются мориоидностью – мориоидный этап (эйфорический), он сопровождается появлением на фоне вышеназванного симптомокомплекса: •немотивированно повышенного настроения•беспечной веселости•снижения критической самооценки в сочетании с интеллектуально-мнестическими расстройствами

4 - Последний этап психоорганического синдрома – развитие апатоабулического состояния: •у больных отмечается глубокое нарушение волевой активности, памяти, интеллекта•имеются выраженные признаки органического поражения центральной нервной системы

Следует отметить, что эйфорический и апатический варианты органического психосиндрома практически идентичны понятию тотального органического слабоумия [37-38]. Для их дифференциации могут быть использованы представления об обратимости органического психосиндрома и необратимости состояния слабоумия. Но они, к сожалению, часто основываются на недостаточно психопатологически очерченных понятиях острого и хронического органического психосиндрома, которые касаются не столько структуры, сколько условий возникновения упомянутых состояний.

Также различают:

I.диффузный вариант психоорганического синдрома

II.локальный (церебрально-очаговый) вариант психоорганического синдрома

При локальном варианте могут преобладать расстройства памяти (Корсаковский синдром), интеллекта (болезнь Пика, прогрессивный паралич), патология влечений и аффективные расстройства (опухоли определенной локализации), хотя о подобных частичных психических выпадениях можно говорить очень условно. Нарушение ВПФ может иметь различные проявления: в форме грубого расстройства функции, в виде ее патологического ослабления или снижения уровня выполнения функции. Основная классификация нейропсихологических синдромов построена по топическому принципу, т. е. на выделении области поражения мозга. В связи с этим их в первую очередь делят на синдромы поражения корковых отделов и синдромы поражения подкорки.Корковые нейропсихологические синдромы возникают при поражении вторичных и третичных полей коры больших полушарий. В свою очередь их можно разделить на две категории: синдромы, возникающие при поражении задних отделов мозга, и синдромы, связанные с поражением передних отделов больших полушарий [39-40].Нейропсихологические синдромы поражения задних отделов коры больших полушарий имеют общие черты. Их основу составляют гностические, мнестические и интеллектуальные расстройства, связанные с нарушением различных модально-специфических факторов.

При поражении конвекситатной лобной коры наблюдается «фронтальный синдром» - аспонтанность в мышлении, речи, поведении, достигающая степени акинезии. Повреждение медиальных отделов лобной коры сопровождается грубыми нарушениями высших форм внимания. Лобно-базальная локализация поражения обнаруживается картиной мории либо псевдопаралитического синдрома. При диэнцефальной локализации процесса наблюдается анергия, сонливость, депрессия либо эйфория, дисфория, нарушения влечений на фоне эндокринных и метаболических расстройств. Поражения на уровне ствола мозга проявляются торпидностью психических процессов либо импульсивностью и взрывчатостью. Синдромы поражения за-

тылочных и затылочно-теменных отделов коры больших полушарий проявляются в нарушении зрительного гнозиса, зрительной памяти, зрительного пространства, а также в нарушении оптико-пространственного анализа и синтеза. Синдромы поражения зоны ТРО (третичных височно-теменно-затылочных отделов коры) приводят к трудностям ориентации во внешнем зрительном пространстве, конструктивной апраксии, расстройству наглядных мыслительных процессов; синдромы поражения коры теменной области мозга. В основе этих синдромов лежит нарушение модально-специфических кожно-кинестетических факторов (тактильные агнозии, соматоагнозии). Синдромы поражения наружной коры височной области мозга приводит к нарушению фонематического слуха, слуховой агнозии, амузии. Синдромы поражения коры медиобазальных (внутренних) отделов височной области коры больших полушарий проявляются в виде модально-неспецифических нарушений памяти, сознания и эмоциональной сферы.Нейропсихологические синдромы поражения передних отделов коры больших полушарий также не являются однородными и могут проявляться в виде двух синдромов:

- синдром поражения премоторных отделов коры, связанный с нарушением плавности, автоматизированности, последовательности движений;
- синдром поражения коры префронтальной области мозга. Центральными симптомами здесь являются общие нарушения поведения и изменение личности больного.

Что касается синдромов поражения подкорки, то они изучены недостаточно. Но в литературе есть материал о трех типах нейропсихологических синдромов, связанных с поражением глубоких структур мозга:- синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга, проявляющиеся в виде нарушений памяти, внимания и эмоциональных процессов;- синдромы поражения срединных комиссур мозга. Проявляются в виде нарушения координации движений, затруднения в назывании предметов, попавших в левое поле зрения, а также в форме дископии - дисграфии;- синдромы поражения глубинных полушарных подкорковых структур (базальные ганглии). В него входит широкий спектр нарушений, которые характерны для поражения как передних, так и задних отделов мозга [41-42-43-44].

Разграничивают также:

- острый вариант психоорганического синдрома
- хронический вариант психоорганического синдрома

Острый вариант психоорганического синдрома возникает внезапно нередко вслед за экзогенным типом реакции, длится несколько дней, недель. Может быть единственным эпизодом либо рецидивирует и переходит в хронический.

Хронический вариант психоорганического синдрома чаще начинается малозаметно и протекает по-разному: •При болезни Пика, Альцгеймера, хорее Гентингтона, старческом слабоумии психоорганическая симптоматика прогрессирует и завершается обычно слабоумием [45-46-48]. •Течение психоорганического синдрома, возникающего после черепно-мозговых травм, энцефалитов, приближается к стационарному - резидуальный вариант психоорганического синдрома. •Возможно обратное развитие симптоматики, разумеется, до известных пределов — регредиентный вариант психоорганического синдрома.•При прогрессивном параличе, доброкачественных опухолях возможны терапевтические ремиссии [47].

ЛИТЕРАТУРА

1.Жмуров В.А.Психоорганический синдром Психопатология, т. 2, М., 2002.

2.Бальнеолечение детей с последствиями черепно-мозговой травмы / Л.М. Бабина, В.В. Арзуманова, И.И. Иорданова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001. - №4. - С.29-31..

3.Болюх А.С. Церебральныйвазоспазм при травматических внутричерепных кровоизлияниях / А.С. Болюх, Е.Г. Педаченко. М.: Яндекс, 2002. - http: / www. neuro, neva.ru. / Russian / Issues / congress, htm (дек. 2002).

4.Воробьева О.В. Психовегетативный синдром / О.В. Воробьева // Лечение нервных болезней. 2004. - Т.5, №1(13). - С.9.

5.Жмуров В.А. Психоорганический синдром // Психопатология, т. 2, М., 2002

6.Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. БарлоуСПб.:"Питер", 20087.Тонконогий И.М., Пуанте А. Клиническая нейропсихология. СпБ.:"Питер", 2007

8.Евсегнеев Р.А. Психиатрия для всех. Силов Д., Маникавашагар В. М.: Издательство АСТ, 2003

9.Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. М.: Вильямс, 2008

10. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. М.: "Класс", 2001

14. Антропов Ю.А., Антропов А.Ю., Незнанов Н.Г. Основы диагностики психических расстройств . - М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010, 384с.
15.Гейслер Е.В., Дроздов А.А. Психиатрия. - М.: ЭКСМО,2007, 74 с.
16.Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. - М.: БИНОМ, 2006. – 304 с.
17.Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия . - : Медицина, 2002, 544 с.Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии : учеб.пособие для учеб. заведений. — М.: Академия, 2001, 224 с.
18. Иванец Н.Н., Тюльпинин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Психиатрия и наркология. - М: ГЭОТАР¬- Медиа, 2006, 832 с.
19. Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е., Сергеев И. И. Психиатрия, 3 изд. — М.: МЕД пресс-информ, 2006, 576 с.
20.Кровяков В.М. Психотравматология , Психическая травма, психогении в этиопатогенетических механизмах развития психических расстройств. – М.:Наука, 2005, 290 стр

ЖАҲОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАШКИЛОТИ ВА ЕВРОПА ТИББИЁТ АССОЦИАЦИЯЛАРИ ФОРУМИ ҲАҚИДА

О ФОРУМЕ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕВРОПЕЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ АССОЦИАЦИЙ

2014 йил 13-14 март кунлари Сербиянинг Белград шахрида Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ва Европа тиббиёт ассоциацияларининг Форуми ўтказилди. Форумда 31 давлатдан вакиллар қатнашишди. Унда ноинфекцион касалликлар ва аҳоли саломатлигига таъсир қилувчи ижтимоий детерминантлар (семириш, сигарет чекиш, ичкилик истеъмол қилиш ва б.қ.), врачлар миграцияси, тиббиёт ходимларини вакцинацияси, соғлиқни сақлашда 2020 стратегияси, индустриал стандартлар, тиббий хизмат олиш учун аҳолини навбатда туриши тўғрисида Европа давлатларидаги тажриба мухокама этилди.

Икки гурух иштирокида илмий-амалий семинар ўтказилди, бирида соғлом турмуш тарзи, тўғри овқатланиш масалалари мухокама этилди, иккинчисида ноинфекцион касалликлар ва тиббиёт ходимларининг кам ухлашлари натижасида организмга таъсири. Илмий-амалий семинарда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти вакиллари Европа давлатларини ўрганиш натижасида олинган тажрибалари мухокама этилди. Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти вакиллари томонидан қанд, тузни миқдорини аҳоли томонидан меъёрида истеъмол қилиш профилактикани яхшилаши, бу ўринда врачлар ва ўрта тиббиёт ходимларининг тушунтириш ишларини яхшилашлари лозимлиги таъкидланди. Айрим давлатларда (Англия) Соғлиқни сақлаш вазирлини ишлаб чиқариш билан шуғулланадиган корхоналар билан махсулотларда шакар ва туз миқдорини меъёридан ортмаслигини назорат қилиш бўйича келишган бўлса, айрим давлатларда телевидения орқали газланган ичимликларни кундузги кун вақтларида рекламасини таъқиқлаган.

Долзарб масалалардан чақалоқларни 6 ойгача бўлган даврда она сути билан озиқлантириш мухимлиги таъкидланди. Тахлилларга кўра, болалар овқатларининг 60 фоизини таркибида шакар сақловчи моддалар борлиги аниқланган. Шу сабабли қўпгина болаларда (2008 йилда 4 тадан биттасида, 2010 йилда 3 тадан биттасида) семириш аломатлари йилдан йилга кўпаётгани аниқланган.

Шуни сабабли ўсмирлар, айниқса ўсмир қизлар сигарет чекиш вазнни камайтиради, деб улар орасида чекувчилар сони йилдан йилга ошишини келтириб чиқмоқда. Европа давлатларда ўтказилган анкеталаш натижаларига кўра 50-70 фоиз аҳоли жисмоний фаол машқлардан фойдаланиш саломатликга яхши таъсир қилиши тўғрисида билмайда, атиги 30 фоиз врачлар беморларга соғлом турмуш тарзи тўғрисида маълумот беришлари аниқланган.

Ўзбекистон врачлар ассоциацияси

О ВТОРОЙ УЧЕБНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ВРАЧЕЙ КОСМЕТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ВРАЧ КОСМЕТОЛОГЛАРИНИНГ ИККИНЧИ ЎҚУВ - АМАЛИЙ КОНФЕРЕНЦИЯСИ ХАҚИДА

20-21 февраля 2014 года в г. Ташкенте в Ташкентском институте усовершенствования врачей прошла вторая учебно-практическая конференция врачей косметологов Узбекистана.

Организаторы конференции: Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии и многопрофильная клиника «Сафо-тиббиёт».

В конференции приняли участие 308 делегатов из различных регионов Узбекистана.

Тематика конференции – актуальные проблемы эпидемиологии, патогенеза, клиники и лечения таких дерматокосметологических заболеваний, как угревая болезнь, розацеа, старение кожи и гиперпигментация.

В пленарном докладе директора РСНПМДиВ МЗ РУз д.м.н. Сабиров У.Ю. было сообщено об истории развития косметологической помощи в Республике Узбекистан, о ее успехах в годы независимости, в которых огромную роль сыграл приказ МЗ РУз «Об организации оказания медицинской косметологической помощи населению» (17. 01.2011 г.), который дал новый импульс для развития медицинской косметологии в Узбекистане.

В последние годы в медицинской косметологии широко внедряются различные методы липофилинга – замещение дефектов кожи собственной жировой тканью.

Кроме того во время проведения конференции обсуждались полученные новые научные и практические достижения в области медицинской косметологии, результаты внедрения высокоинформативных и современных методов диагностики и лечения в практическое здравоохранение.

Кроме того прошел обмен мнениями, дискуссии между специалистами в области медицинской косметологии, а также определены ряд конкретных и перспективных задач на ближайшие годы.

АКАДЕМИК ИСКАНДАРОВ ТЎЛҚИН ИСКАНДАРОВИЧ 75 ЁШДА

Гигиенист, эколог, токсиколог Т.И. Искандаров 25.04.1939 йилда туғилган, ЎзР ФА ва РФ МТФАсининг Академиги, тиббиёт фанлар доктори, профессор, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган врач. У 1962 йилда Тошкент тиббиёт институтини санитария – гигиена факультетини битирган. Гигиена, экология ва токсикология масалалари ёритилган 634 илмий ишлар, шу жумладан: 31 монография, 7 дарсликлар, ихтиро учун 75 муаллифлик гувохномаси ва патентлар, 57 санитария меъёрлари, қоидалари ва ЎзРсининг гигиеник нормативлари, 112 услубий кўрсатма ва тавсияномалари муаллифидир. Унинг тахриятида 47 илмий ишлар ва конференция материаллари тўплами чоп этилган.

У Ўзбекистон гигиенистлари ва токсикологларининг улкан илмий мактабини яратди, унинг раҳбарлигида 100дан ортиқ фан докторлари ва номзодлари тайёрланди (26 фан докторлари ва 76 фан номзодлари).

Унинг шогирдлари орасида мамлакатимиз олимларидан профессорлар Бахритдинов Ш.С., Дусчонов Б.А., Худайберганов А.С., Заретдинов Д.А., Холметов Р.Х., Маматкулов Б.М., Камилова Р.Т., Асадуллаев М.М., Бекметов М.В., Тарасов В.В., Баличиева Д.В., Когай Р.Е., Шавахабов Ш.Ш., Жуматов У., Азизов Р.К., Комилжонов А.Х., Ўсманов И.А., Азизходжаев А.Р., Содиқов А.У. ва бошқалар бор.

Институтни тамомлагач 1962-1964 йилларда Тошкент ТИнинг «Меҳнат гигиенаси» кафедрасида ассистент бўлиб ишлади. 1964-1967 йилларда Санитария, гигиена ва касб касалликлари илмий-тадқиқот институтида аспирант бўлиб, 1967 йилда фан номзодлиги диссертациясини ёқлади. Диссертацияни ҳимоя қилгандан сўнг пестицидлар гигиена ва токсикологияси лабораториясига (1967-1972 йиллар) ва шу институтнинг меҳнат гигиенаси бўлимига (1970-1972 йиллар) раҳбарлик қилди. 1972 йилдан 2009 йилгача ТошТИнинг коммунал гигиена кафедрасини бошқариб келди.

1974 йилда докторлик диссертациясини ёқлади, 1977 йилдан профессор, 1989 йилдан ЎзР Фанлар Академиясининг «Экология» мутахассислиги бўйича мухбир аъзоси, 2000 йили ЎзР ФА сининг Академиги, 2006 йилдан Россиянинг медицина ва техника фанлар Академиясининг Академиги. 2000 йилда Англиянинг Кембридж Университетини «20 асрнинг буюк одамлари» медали билан тақдирланди, унинг номи Кембридж Университетида тузилган ва чоп этилган «20 асрнинг буюк одамлари» рўйхатига киритилди.

1980 йилдан 1989 йилгача – ЎзР ССВ қошидаги Санитария, гигиена ва касб касалликлари илмий-тадқиқот институтининг (ЎзР ССВ СГККИТИ) директори.

1989 йилдан 1995 йилгача – Ўзбекистон Республикасининг Бош Давлат санитария врачи, ЎзР Соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосари лавозимларди ишлади. Унинг шу ишда ишлаш давридаги алоҳида хизмат кўрсатганларидан «Давлат санитария назорати тўғрисида» Ўзбекистон Республикаси Қонунини ишлаб чиқиш ва амалиётга киритиш, Республика санитария-эпидемиология станциясини қуришни битириш, «Пахта теримида 18 ёшгача бўлган болалар, ўсмирлар ва ҳомиладор аёллар меҳнатидан фойдаланишни тақиқлаш», «Чернобыль АЭСдаги ҳалокатдан сўнг ифлосланган худудлардан олинадиган гўшт ва гўшт маҳсулотларда цезий 134 ва 138 радионуклеидлари бўлганларини Ўзбекистонда сотишни тақиқлаш», «Ўзбекистон Республикаси қишлоқ хўжалигида ўтазаҳарли ва ўтаҳавфли кимёвий моддаларни ишлатишни тақиқлаш ва чегаралаш тўғрисида», «Ўзбекистан чегарасини карантинли инфекцияларни олиб кириш ва тарқатилишидан ҳимоя қилиш тўғрисида» ва бошқаларни кўрсатиш мумкин.

У санитария-эпидемиология станцияларини моддий, материал-техник заҳирасини

ва ходимлар потенциалларини мукаммалаштиришга катта эътибор бердики, бу ЎзР ССВнинг № 1075 сонли буйруғида ўз ифодасини топти: район санэпидстанцияларнинг штатлари кўпайтирилди, соғлиқни сақлашга ажратилган иқтисодий маблағнинг 10% СЭСга ажратилди.

Болгария, Мексика, Алжир, Германия, Англия, АҚШ, Швейцария, Япония ва Турциялардаги конференцияларда илмий маърузалар билан қатнашди.

1995 йилдан 2012 йилгача Санитария, гигиена ва касб касалликлари илмий-тадқиқот институтида директор бўлиб ишлади, 2010 йилдан ҳозирги вақтгача пестицидлар гигиена ва токсикологияси лабораториясини бошқариб келмоқда.

Узоқ йиллар давомида жамият ишлари билан фаол қатнашиб келмоқда. У институтнинг Илмий кенгашини аъзоси ва Раиси, ЎзР ССВ гигиена бўйича Илмий кенгашини Раиси, Гигиенистлар ва санитар врачлар жамоасининг, ҳозир эса Ўзбекистон врачлар ассоциациясининг гигиенист ва санитар врачлар бўлимининг Раиси, Ўзбекистон врачлар ассоциациясининг Раисини ўринбосари, «Ўзбекистон врачлар ассоциацияси бюллетени» журналининг таҳририят раисини ўринбосари, «Ўзбекистон тиббиёт журнали» журналини тахририят коллегиясини аъзоси бўлиб ишлаб келмоқда.

«Меҳнат Қизил байроқ» ордени, «Хурмат белгиси», «Шарафли меҳнат учун», «Шарафли меҳнат учун» медали, «Соғлиқни сақлаш аълочиси», «Олий ўқув юртларидаги аъло даражадаги ютуқлари учун», «СССР ихтирочиси» белгилари, ВДНХ медаллари ва «Фахрий ёрлиқлар» билан тақдирланган.

Хурматли Тўлқин Искандарович Сизни чин юракдан 75 ёшлик юбилейингиз билан табриклаймиз ва Сизга мустаҳкам соғлиқ, бахт ва узоқ даврларда илмий фаоллик тилаймиз.

Ўзбекистон врачлар ассоциацияси
Санитария, гигиена ва касб касалликлари илмий-тадқиқот институти

ПОДПИСАНО В ПЕЧАТЬ 18.03.2014 Г.
ФОРМАТ 60Х84 1/8. ОБЪЁМ 19 П/Л
ТИРАЖ ЭКЗ. 2875
ОТПЕЧАТАНО В ТИПОГРАФИИ
ООО “DM NASHR SERVIS”,
ТАШКЕНТ, УЛ. УСМАНА НОСИРА 91.