

Евразийский научно-медицинский журнал «Сино»

Том 3, № 1, 2022

Eurasian Scientific and Medical Journal «Sino»

Vol. 3, N 1, 2022

ISSN: 2707-5265

Журнал зарегистрирован Министерством культуры
Республики Таджикистан
Свидетельство о регистрации средства массовой информации
№ 223/МЧ - 97 от 10.12.2021 г.

Журнал издаётся при научно-методической поддержке
Таджикского научно-исследовательского института профилактической
медицины и Ассоциации общественного здравоохранения Таджикистана

Основан в 2019 г.
Журнал выходит 1 раз в 3 месяца,
периодичность – 4 номера в год

Сайт журнала:
www.eurasian-journal-sino.tj

Все права защищены.
Никакая часть издания не может быть воспроизведена
без согласия редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.
Ответственность за содержание рекламных материалов несут
рекламодатели.

Адрес редакции журнала:
734018, Таджикистан, г.Душанбе, пр. С.Шерози, 16
Статьи отправить по адресу: sino-journal@mail.ru

Журнал рассчитан на научных работников и преподавателей
медицинских вузов, руководителей органов и учреждений
здравоохранения и практических врачей.

Евразийский научно-медицинский журнал «Сино»
входит в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

ISSN: 2707-5265

The journal is registered by the Ministry of Culture
of the Republic of Tajikistan
The certificate of registration of mass media
No. 223/MCH - 97 dated 10/12/2021

The journal is published with scientific and methodological
support Tajik Research Institute Preventive Medicine
and the Public Health Association of Tajikistan

Founded in 2019
The magazine is published once every 3 months;
frequency - 4 issues per year

Journal website:
www.eurasian-journal-sino.tj

All rights reserved.
No part of the publication may be reproduced without the consent
of the publisher.

Editorial opinion may not coincide with the opinion of the authors.
Responsible for the content of advertisements are advertisers.

Editorial office address:
734018, Tajikistan, Dushanbe, Ave. S.Sherozi, 16
Articles should be sent to: sino-journal@mail.ru

The journal is designed for researchers and teachers of medical schools, heads
of health agencies and institutions and practitioners.

The Eurasian Scientific and Medical Journal Sino is included
in the Russian Science Citation Index (RSCI)

ЕВРАЗИЙСКИЙ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «СИНО»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

Турсунов Рустам Абдусаматович

– кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ТНИИ профилактической медицины, председатель Ассоциации общественного здравоохранения Таджикистана (Таджикистан)

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

Ходжамуратов Гафур Мухаммадмухсинович

– доктор медицинских наук (Таджикистан)

Алиев Самардин Партоевич

– доктор медицинских наук (Таджикистан)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

Бандаев Илхомджон Сироджидинович

– доктор медицинских наук (Таджикистан)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ахмедов Аламхон

– член-корреспондент Национальной академии наук Таджикистана, доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Гаиров Алиджон Джураевич

– член-корреспондент Национальной академии наук Таджикистана, доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Курбанов Убайдулло Абдуллоевич

– член-корреспондент Национальной академии наук Таджикистана, доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Назаров Шохин Кувватович

– доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Одинаев Фарход Исматуллоевич

– иностранный член РАН, доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Талабзода Мухаммадали Сайф

– доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Юсуфи Саломуддин Джаббор

– академик Национальной академии наук Таджикистана, доктор фармацевтических наук, профессор (Таджикистан)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Бобкова Марина Ридовна

– доктор биологических наук, профессор (Россия)

Бойцов Сергей Анатольевич

– член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Гулов Махмадшох Курбоналиевич

– доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан)

Драпкина Оксана Михайловна

– член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Евсеев Андрей Викторович

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Какорина Екатерина Петровна

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Мартынов Юрий Васильевич

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Пиголкин Юрий Иванович

– чл.-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Резниченко Наталья Юрьевна

– доктор медицинских наук, профессор (Украина)

Селькова Евгения Петровна

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Сепиашвили Реваз Исмаилович

– член-корреспондент РАН, академик АН Грузии, доктор медицинских наук, профессор (Грузия)

Семененко Татьяна Анатольевна

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

Симонова Елена Геннадиевна

– доктор медицинских наук, профессор (Россия)

EDITOR - IN - CHIEF:

Tursunov Rustam Abdusamadovich

- Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Research Institute of Preventive Medicine, Chairman of the Public Health Association of Tajikistan (Tajikistan)

DEPUTY EDITOR - IN - CHIEF:

Khojamuradov Gafur Muhammadmuhsinovich

- Doctor of Medical Sciences (Tajikistan)

Aliev Samardin Partoevich

- Doctor of Medical Sciences (Tajikistan)

EDITORIAL SECRETARY:

Bandaev Ilkhomjon Sirojiddinovich

- Doctor of Medical Sciences (Tajikistan)

EDITORIAL BOARD:

Akhmedov Alamkhon

- Corresponding Member of the National Academy of Sciences of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Gaibov Alijon Juraevich

- Corresponding Member of the National Academy of Sciences of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Kurbanov Ubaidullo Abdulloevich

- Corresponding Member of the National Academy of Sciences of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Nazarov Shokhin Kuvvatovich

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Odinaev Farhod Ismatulloevich

- Foreign Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Talabzoda Muhammadali Saif

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Yusufi Salomuddin Jabbor

- Academician of the Academy of National Academy of Sciences of Tajikistan, Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor (Tajikistan)

EDITORIAL COUNCIL:

Bobkova Marina Ridovna

- Doctor of Biological Sciences, Professor (Russia)

Boytsov Sergey Anatolyevich

- Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Gulov Mahmudshoh Kurbonalievich

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Tajikistan)

Drapkina Oksana Mikhailovna

- Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Evseev Andrey Victorovich

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Kakorina Ekaterina Petrovna

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Martynov Yuri Vasilievich

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Pigolkin Yuri Ivanovich

- Corresponding Member RAMS, Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Reznichenko Natalya Yurievna

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Ukraine)

Selkova Evgenia Petrovna

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Sepiashvili Revaz Ismailovich

- Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Academician of the Georgian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor (Georgia)

Seenenko Tatyana Anatolyevna

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

Simonova Elena Gennadievna

- Doctor of Medical Sciences, Professor (Russia)

КАРДИОХИРУРГИЯ

Рахимзода Х.Б.

(Душанбе, Таджикистан)

Хирургическая коррекция врождённых пороков сердца в условиях искусственного кровообращения

4

ХИРУРГИЯ

Шарипов Г.Н.

(Душанбе, Таджикистан)

Результативность восстановления проходимости маточной трубы у больных с трубной беременностью

11

УРОЛОГИЯ

Сангов Б.Ч., Таварова Н.М., Турсунов Р.А.

(Душанбе, Таджикистан)

Результаты этиотропного лечения мужчин с хроническим урогенитальным хламидиозом

18

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Махмадализода Ф.М., Гиёсова П.Ф.

(Душанбе, Таджикистан)

Хирургическое лечение посттромботической болезни нижних конечностей

25

Бобоев А.Р.

(Душанбе, Таджикистан)

Особенности оперативного лечения по устранению послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти

32

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Правила оформления статей

38

CARDIAC SURGERY

Rakhimzoda Kh.B.

(Dushanbe, Tajikistan)

Surgical correction of congenital heart defects under cardiopulmonary bypass

4

SURGERY

Sharipov G.N.

(Dushanbe, Tajikistan)

Effectiveness of restoration of patency of the tube in patients with tube pregnancy

11

UROLOGY

Sangov B.Ch., Tavarova N.M., Tursunov R.A.

(Dushanbe, Tajikistan)

Results of etiotropic treatment of men with chronic urogenital chlamydia

18

LITERATURE REVIEW

Mahmadalizoda F.M., Giyosova P.F.

(Dushanbe, Tajikistan)

Surgical treatment of post-thrombotic disease of the lower limb

25

Boboev A.R.

(Dushanbe, Tajikistan)

Features of surgical treatment for the elimination of post-burn scar contractures of the thumb

32

INFORMATION FOR AUTHORS

Rules for writing articles

38

Хирургическая коррекция врождённых пороков сердца в условиях искусственного кровообращения

Х.Б. Рахимзода

Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан

Аннотация

Цель исследования. Изучить влияние искусственного кровообращения на коагуляционный потенциал смешанной венозной и артериальной крови у больных, оперированных с врождёнными пороками сердца.

Материалы и методы. Обследовано 20 больных с врождёнными пороками сердца (ВПС), оперированных в условиях искусственного кровообращения, изучены показатели гемостаза в притекающей к лёгким смешанной венозной крови (СВК) и в оттекающей от лёгких артериальной крови (ОАК). Из них 11 больных с пороками сердца «белого» типа (ДМПП – 4, ДМЖП – 7) и 9 больных с тетрадой Фалло («синим» типом ВПС).

Результаты. Разница между временем на свёртываемость крови по Ли-Уайту в СВК и ОАК до операции у больных с ВПС «белого» типа составила 29,6% ($p < 0,01$). После хирургической коррекции порока сердца данная разница выросла до 46,8% ($p < 0,001$), что свидетельствует об улучшении роли лёгких в регуляции коагуляционного потенциала крови. Показатели посткоагуляционной фазы свёртывания крови – растворимые фибрин-мономерные комплексы и продукты деградации фибрина у больных «синего» типа ВПС до хирургической коррекции составили, соответственно, 9% ($p > 0,05$) и 5,1% ($p > 0,05$), после хирургической коррекции порока сердца – 16,4% ($p < 0,05$) и 27,4% ($p < 0,05$), что свидетельствует об усилении фибринолиза в микрососудах лёгких.

Заключение. У больных с врождёнными пороками сердца «белого» и «синего» типов после хирургической коррекции в условиях искусственного кровообращения отмечается увеличение веноартериальной разницы по тестам, характеризующим коагуляционный потенциал крови, что наиболее выражено у больных с «синим» типом ВПС. У больных с ВПС «синего» типа после хирургической коррекции порока сердца в условиях ИК отмечается достоверное снижение фибриногена и тромбоцитов в оттекающей из лёгких артериальной крови, по сравнению с показателями притекающей к лёгким смешанной венозной крови.

Ключевые слова:

врождённые пороки сердца, «белого» и «синего» типа, искусственное кровообращение, показатели гемостаза, тетрада Фалло.

Для цитирования:

Рахимзода Х.Б. Хирургическая коррекция врождённых пороков сердца в условиях искусственного кровообращения. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2022; 3(1): 4-10.

Введение. Одной из важнейших проблем, возникающих в ранний период после операций на сердце, являются нарушения функции дыхания [1]. К.Е. Hammermeister и соавт. (1990) установили, что такие осложнения составляют 8%, а летальность среди них достигает 25%. В этом случае пристальное внимание исследователей является система гемостаза, и, особенно, у больных с пороками сердца, оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК) [2-4]. Многие авторы нарушение свёртываемости крови и её причины при ИК связывают с неадекватной нейтрализацией гепарина и повышением фибринолитической

активности крови [5].

По данным разных авторов, фибринолиз при ИК встречается от 5% до 21% случая. Нередко повышенная кровоточивость характеризуется снижением содержания фибриногена в крови ниже 1,5 г/л. Причиной могут быть недостаточная гепаринизация и длительное ИК [6, 7].

Послеоперационное кровотечение в условиях искусственного кровообращения, по-прежнему, остаётся одним из наиболее частых (10-15%) осложнений раннего послеоперационного периода у кардиохирургических больных [8-10].

DOI: 10.54538/27075265_2022_3_1_4

Surgical correction of congenital heart defects under cardiopulmonary bypass

H.B. Rakhimzoda

Medical Center of the Executive Office President of the Republic of Tajikistan

Abstract

Objective: To study the effect of cardiopulmonary bypass on the coagulation potential of mixed venous and arterial blood in patients operated on for congenital heart defects.

Materials and methods: We examined 20 patients with congenital heart disease (CHD) operated on under cardiopulmonary bypass, studied hemostasis parameters in mixed venous blood (VK) flowing to the lungs and in arterial blood flowing from the lungs (OAK). Of these, 11 patients with heart defects of the "white" type (VSD - 4, VSD - 7) and 9 patients with tetralogy of Fallot ("blue" type of CHD).

Results: The difference between the Lee-White blood clotting time in CRS and OAC before surgery in patients with CHD of the "white" type was 29.6% ($p < 0.01$), after surgical correction of heart disease, this difference increased to 46.8% ($p < 0.001$), which indicates an improvement in the role of the lungs in the regulation of blood coagulation potential. Indicators of the post-coagulation phase of blood coagulation - soluble fibrin-monomer complexes and fibrin degradation products in patients with the "blue" type of CHD before surgical correction amounted to 9% ($p > 0.05$) and 5.1% ($p > 0.05$), respectively, after surgical correction of heart disease - 16.4% ($p < 0.05$) and 27.4% ($p < 0.05$), respectively, which indicates an increase in fibrinolysis in the microvessels of the lungs.

Conclusion: In patients with congenital heart defects of the "white" and "blue" types after surgical correction under conditions of cardiopulmonary bypass, an increase in the venoarterial difference in tests characterizing the coagulation potential of the blood is noted, which is more pronounced in patients with the "blue" type of congenital heart disease. In patients with congenital heart disease of the "blue" type after surgical correction of heart disease under EC conditions, there is a significant decrease in fibrinogen and platelets in arterial blood flowing from the lungs, compared with mixed venous blood flowing to the lungs.

Key words:

congenital heart defects, "white" and "blue" types, cardiopulmonary bypass, hemostasis indicators, tetralogy of Fallot

For citation:

Rakhimzoda Kh.B. Surgical correction of congenital heart defects under cardiopulmonary bypass. Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino". 2022; 3(1): 4-10.

Хирургическое вмешательство на сердце усиливает адгезивность тромбоцитов, обусловленной «реакцией высвобождения», и сохраняется на протяжении не менее 3-х суток. Основными факторами, действующими на гемолиз тромбоцитов, является операционный стресс и выраженность местного воспалительного ответа.

Изменения функциональных свойств тромбоцитов, обусловленные тяжестью состояния пациента, являются одной из главных причин развития тромбогеморрагических осложнений после операций на сердце в условиях ИК [11].

Наиболее распространёнными причинами геморагий после кардиохирургических операций в условиях ИК являются различные нарушения тромбоцитарного звена гемостаза (34%), активация фибринолиза (24%), нарушения плазменного звена гемостаза (21%),

сочетанные нарушения свертывающей системы крови (10%). На долю конечного эффекта гепарина и ДВС крови, как причина повышенной кровоточивости, приходится 3% и 1% наблюдений [12]. Наличие как белкового, так и гепаринового покрытия внутренней поверхности экстракорпорального контура способствует снижению негативного влияния ИК на систему гемостаза.

Нарушение гемостаза при операциях с использованием ИК может быть причиной различных послеоперационных осложнений, начиная с пневмонии до полиорганной недостаточности и местной воспалительной реакции.

Установлено, что при пневмониях, развитие заболевания у больных отделений интенсивной терапии, с высокой частотой регистрируются нарушения системы гемостаза, а с геморрагическим синдромом - лабо-

раторные проявления синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови [13].

При тяжёлой пневмонии происходят нарушения свёртываемости крови, развитие ДВС-синдрома и различные геморрагии. По данным А.Г. Чучалина и соавт. (2005), выраженность этих изменений, являющихся проявлением системной воспалительной реакции, повышает риск осложнённого течения заболевания. Наблюдается повышение коагулирующих свойств крови, образование особого вида фибрина (стабилизированный фибрин), не поддающегося ферментативному фибринолизу, т.е. действию протеиназ, который в дальнейшем расходуется на образование склеротической ткани. Кроме того, отмечается высокая активность ингибиторов фибринолиза: α 1-антитрипсина, α 2-макроглобулина. Одновременно отмечается резкое угнетение ферментного и неферментного фибринолиза. В этом периоде болезни, в связи с нарушением микроциркуляции в очаге воспаления, происходит внутрисосудистое свёртывание крови, образование местных микротромбов и микроэмболов [14].

Микроциркуляторные нарушения могут играть важную роль в патогенезе осложнений пневмонии, таких, как острая дыхательная недостаточность, «шоковое» лёгкое, инфекционно-токсический (септический) шок.

Таким образом, изменения со стороны гемостаза являются доминирующими факторами в патогенезе лёгочных осложнений у больных ВПС, оперированных в условиях ИК, что вызывает огромный интерес клиницистов, занимающихся данной проблемой.

Цель исследования. Изучить влияние искусственного кровообращения на коагуляционный потенциал смешанной венозной и артериальной крови у больных с врождёнными пороками сердца.

Материалы и методы. Обследовано 20 больных с врождёнными пороками сердца, оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК), изучены показатели гемостаза в притекающей к лёгким смешанной венозной крови (СВК) и в оттекающей от лёгких артериальной крови (ОАК). Из них 11 больных с пороками сердца «белого» типа (ДМПП – 4, ДМЖП – 7) и 9 больных с тетрадой Фалло («синим» типом ВПС).

Смешанная венозная кровь бралась из правого предсердия путём его катетеризации, ОАК – путём пункции лучевой артерии.

Полученные данные обработаны методом разностной и вариационной статистики, при которой определены средняя арифметическая M , средне – квадратическое отклонение \pm , ошибка средней арифметической величины - $b\pm$, показатель разницы t и статистической значимости различий P по Стьюденту.

Результаты и их обсуждение. Данные исследования показали, что разница между временем на свёртываемость крови (ВСК) по Ли-Уайту в СВК и ОАК до операции у больных с ВПС «белого» типа составила 29,6% ($p < 0,01$). После хирургической коррекции порока сердца данная разница выросла до 46,8% ($p < 0,001$), что свидетельствует об улучшении роли лёгких в регуляции коагуляционного потенциала крови (табл. 1).

Между активированным частичным тромбопластиновым временем (АЧТВ) в смешанной венозной крови и АЧТВ оттекающей из лёгких артериальной крови больных выявлена разница на 28,6% ($p < 0,001$), которая после хирургической коррекции ВПС увеличилась до 44,4% ($p < 0,001$), что свидетельствует об улучшении гипокоагулирующей функции лёгких, обусловленной устранением внутрисердечного шунта.

Таблица 1. Влияние коррекции врождённых пороков сердца «белого» типа в условиях искусственного кровообращения на показатели гемостаза смешанной венозной и артериальной крови

Показатели гемостаза	ВПС «белого» типа до ИК (n=11)		ВПС «белого» типа после ИК (n=9)	
	Вена $M \pm m$	Артерия $M \pm m$	Вена $M \pm m$	Артерия $M \pm m$
Свёртываемость по Ли-Уайту, мин	3,6 \pm 0,2	4,5 \pm 0,3**	6,2 \pm 0,3	9,4 \pm 0,2***
АЧТВ, сек	28,0 \pm 0,6	36,0 \pm 0,5***	36,0 \pm 2,5	52,0 \pm 3,8***
ПВ, с	14,0 \pm 0,6	16,8 \pm 0,4**	17,0 \pm 1,2	22,0 \pm 1,6*
ПИ, %	92,0 \pm 4,0	103,0 \pm 3,2*	90,0 \pm 4,0	72,0 \pm 3,0***
Фибриноген, г/л	3,2 \pm 0,2	3,0 \pm 0,1	2,2 \pm 0,2	1,8 \pm 0,2
РФМК, мг%	5,0 \pm 0,3	4,6 \pm 0,2	6,7 \pm 0,3	7,4 \pm 0,4
ПДФ, мкг/мл	4,2 \pm 0,4	3,9 \pm 0,2	6,2 \pm 0,4	9,2 \pm 0,6
Тромбоциты, $\times 10^6$ /л	258,0 \pm 35,0	240,0 \pm 24,0	178,0 \pm 20,0	143,0 \pm 24,0

Примечание: * - статистическая значимость различий в сравниваемых группах: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Со стороны показателей протромбинового комплекса – ПВ и ПИ в притекающей к лёгким СВК и оттекающей из лёгких артериальной крови до хирургической коррекции ВПС была разница соответственно на 20% ($p < 0,001$) и 11,9% ($p < 0,05$), после операции разница увеличилась также соответственно до 35,5% ($p < 0,05$) и 20% ($p < 0,001$). Разница по фибриногену в СВК и ОАК после хирургической коррекции ВПС в условиях ИК (рис. 1) увеличилась с 6,3% ($p > 0,05$) до 17,2% ($p > 0,05$), что свидетельствует о склонности к потреблению фибриногена микрососудистым руслом лёгких после ИК.

Со стороны продуктов деградации фибриногена – растворимые фибринмономерные комплексы (РФМК) и продукты деградации фибрина (ПДФ) до хирургической коррекции ВПС «белого» типа отмечена разница, соответственно, на 8% ($p > 0,05$) и 7,2% ($p > 0,05$) в сторону уменьшения в артериальной крови. После коррекции ВПС в условиях ИК данная разница изменилась в сторону увеличения РФМК и ПДФ, соответственно, на 12,2% ($p > 0,05$) и 10,4% ($p > 0,05$) в артериальной крови. По тромбоцитам до операции в СВК и ОАК была разница в сторону уменьшения в ОАК на 7% ($p > 0,05$), после операции содержание тромбоцитов в оттекающей

из лёгких артериальной крови уменьшилось на 18,6% ($p < 0,1$).

Таким образом, у больных «белого» типа ВПС после прохождения малого круга кровообращения отмечается снижение гемостатического потенциала крови. После хирургической коррекции ВПС разница гемостатического потенциала СВК и ОАК увеличивается, что обусловлено прохождением всего объёма крови через малый круг кровообращения. После хирургической коррекции ВПС «белого» типа имелась тенденция к уменьшению количества тромбоцитов в артериальной крови, связанных с их потреблением в микрососудистом русле лёгких.

У больных «синего» типа ВПС до хирургической коррекции по ВСК по Ли-Уайту в СВК и ОАК была недостоверная разница на 19,0% ($p > 0,05$), после коррекции ВПС она увеличилась и составила 33,6% ($p < 0,001$). Между АЧТВ в СВК и ОАК имелась разница на 5,8% ($p > 0,05$), после хирургической коррекции – 34,8% ($p < 0,001$), что свидетельствует о достоверном снижении гемостатического потенциала крови после прохождения всего объёма крови через лёгкие вследствие устранения внутрисердечного шунта (табл. 2).

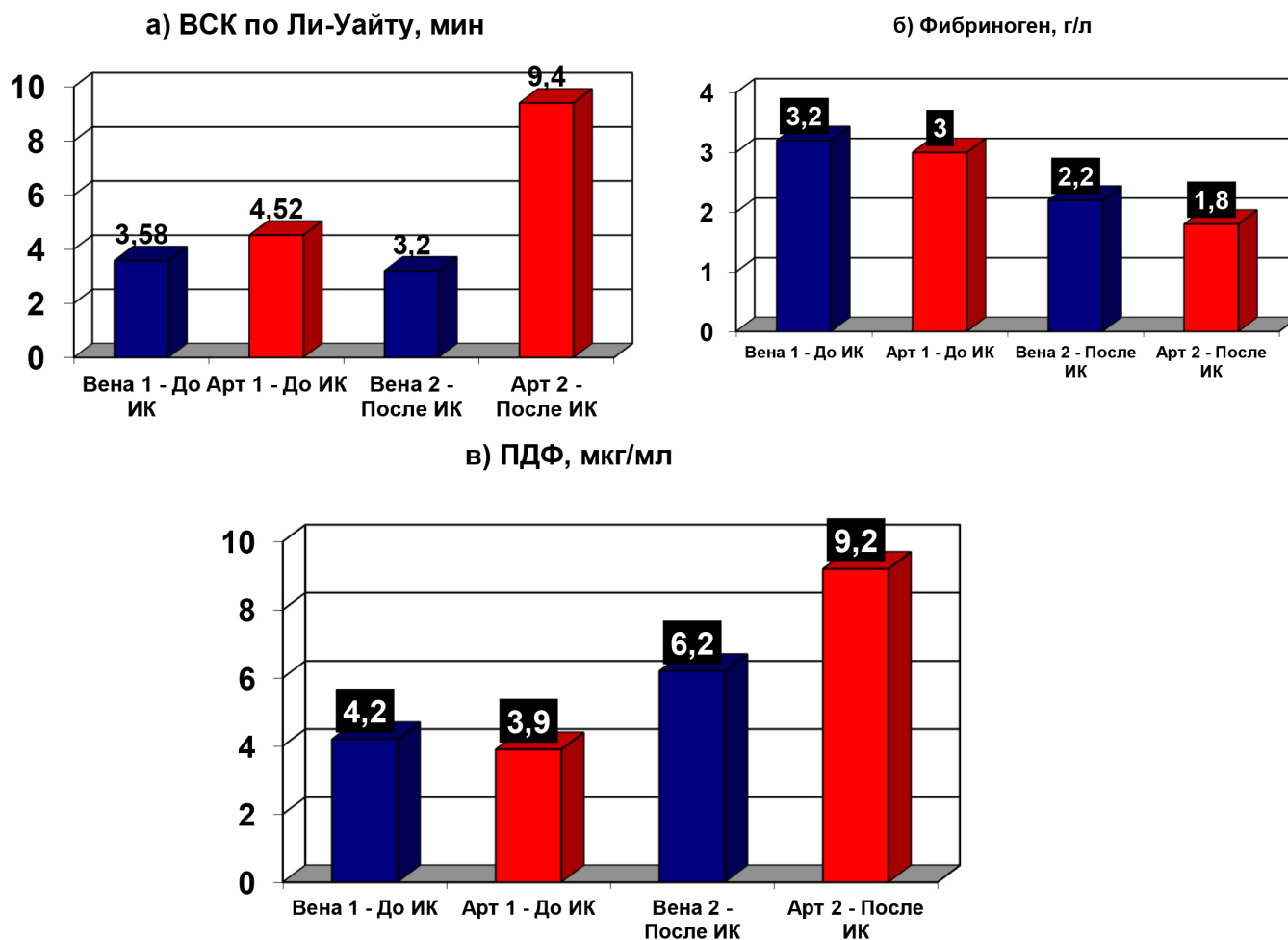


Рис. 1. Влияние коррекции ВПС «белого» типа в условиях ИК на показатели гемостаза смешанной венозной и артериальной крови

Таблица 2. Влияние коррекции врождённых пороков сердца «синего» типа в условиях искусственного кровообращения на показатели гемостаза смешанной венозной и артериальной крови

Показатели гемостаза	ВПС «синего» типа до ИК (n=8)		ВПС «синего» типа после ИК (n=7)	
	Вена M±m	Артерия M±m	Вена M±m	Артерия M±m
Свёртываемость по Ли-Уайту, мин	4,1±0,2	5,0±0,2	9,2±0,3	14,0±0,3***
АЧТВ, сек	34,0±2,3	36,0±3,0	46,0±4,0	62,0±2,5***
ПВ, с	18,0±1,2	20,0±1,0	26,0±2,2	34,0±3,0*
ПИ, %	84,0±3,6	90,0±4,0	68,0±4,0	72,0±6,0
Фибриноген, г/л	2,6±0,3	2,4±0,2	1,6±0,15	1,2±0,12*
РФМК, мг%	7,8±0,5	8,2±0,3	16,4±2,0	17,0±2,3*
ПДФ, мкг/мл	6,6±0,3	7,2±0,3	12,0±1,0	15,8±1,4*
Тромбоциты, x10 ⁶ /л	285,0±18,0	290,0±12,0	168,0±14,0	124,0±15,0*

Примечание: * - статистическая значимость различий в сравниваемых группах: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

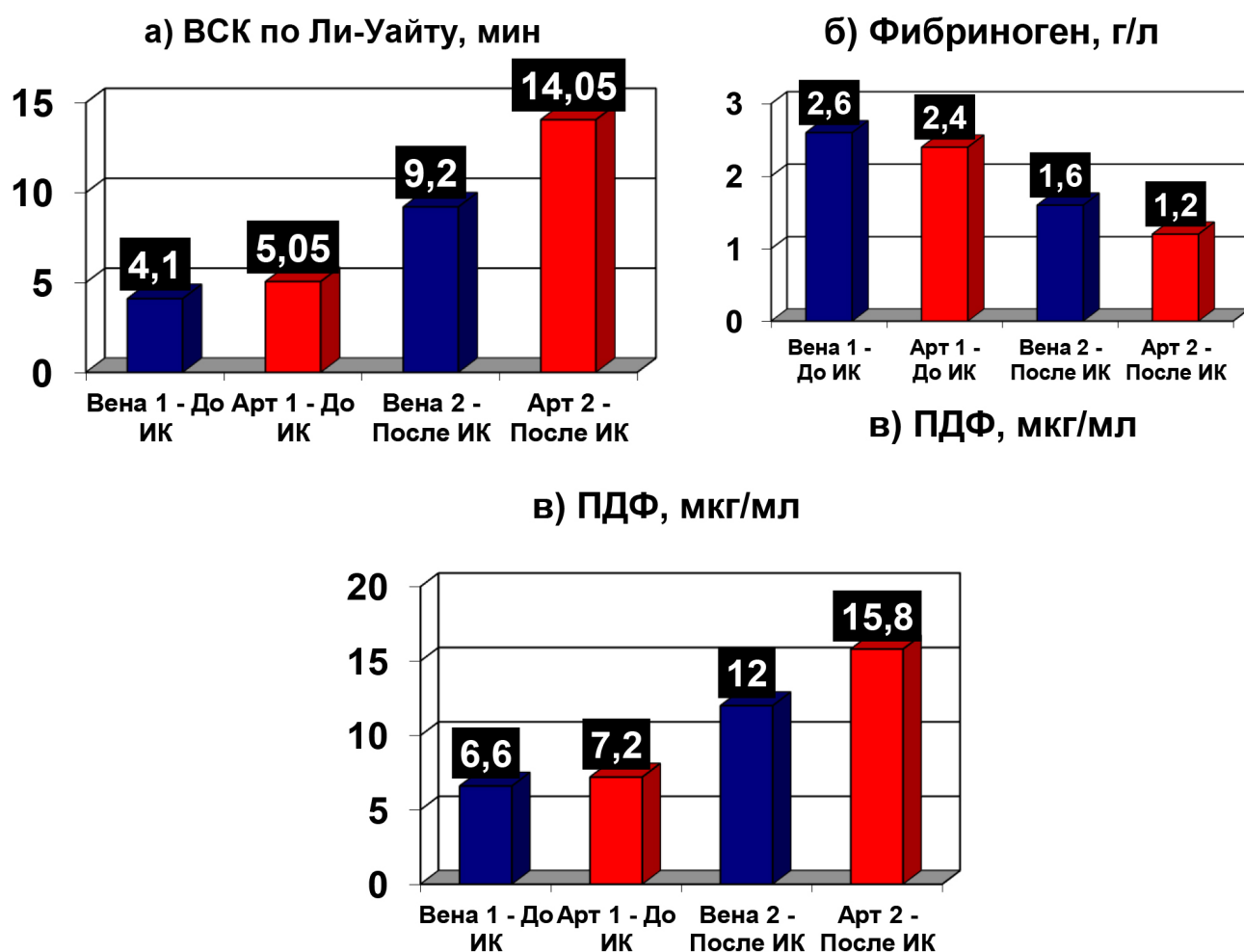


Рис. 2. Влияние коррекции ВПС «синего» типа в условиях ИК на показатели гемостаза смешанной венозной и артериальной крови

Разница протромбинового времени в СВК и ОАК до коррекции порока составила 11,1% ($p>0,05$), после коррекции ВПС – 30,7% ($p<0,05$). Со стороны протромбинового индекса СВК и ОАК до и после операции существенной разницы не было ($p>0,05$). Что касается показателей посткоагуляционной фазы свёртывания крови – РФМК и ПДФ, то у больных «синего» типа ВПС до хирургической коррекции, соответственно, следующая разница – 9% ($p>0,05$) и 5,1% ($p>0,05$). После хирургической коррекции порока сердца она составила, соответственно, 16,4% ($p<0,05$) и 27,4% ($p<0,05$), что свидетельствует об усилении фибринолиза в микрососудах лёгких. Между содержанием фибриногена в СВК и ОАК до оперативного вмешательства (рис. 2) была разница на 7,7% ($p>0,05$), после операции разница уже достоверна на 18,7% ($p<0,05$), что свидетельствует о потреблении фибриногена в микрососудах лёгких.

Разницы между содержанием тромбоцитов в СВК и ОАК до и после оперативной коррекции порока сердца «синего» типа в условиях ИК не было. После операции отмечено снижение количества тромбоцитов на 26,2% ($p<0,05$) в оттекающей от лёгких артериальной крови.

В патогенезе лёгочных осложнений, в частности, острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), большую роль играют нарушения со стороны гемостаза типа синдрома ДВС с тромбообразованием в микрососудах легких. Микротромбоз в системе микроциркуляции легких обусловлен активацией свёртывающего каскада и угнетением фибринолиза под влиянием гипоксии и биологически активных веществ [15, 16].

Нарушение функциональной системы гемостаза в виде повышения агрегационной способности тромбоцитов, увеличения фибринолитической активности крови, антитромботической эффективности эндотелия отмечается также у больных с внебольничной пневмонией [9, 17].

Заключение. У больных с ВПС «белого» и «синего» типов после хирургической коррекции в условиях ИК отмечается увеличение веноартериальной разницы по тестам, характеризующим коагуляционный потенциал крови, что, тем более, выражено у больных «синим» типом ВПС. У больных с ВПС «синего» типа после хирургической коррекции порока сердца в условиях ИК отмечается достоверное снижение фибриногена и тромбоцитов в оттекающей из лёгких артериальной крови, по сравнению с показателями недостаточности кровообращения, притекающей к лёгким смешанной венозной крови. Увеличение РФМК и ПДФ в ОАК у больных с ВПС «синего» типа после оперативного лечения в условиях ИК свидетельствует о повышении фибринолитических процессов в микрососудистом русле лёгких.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Conti V.R. Pulmonary injury after cardiopulmonary bypass. *Chest*. 2001; 119(1): 31-36.
2. Исаева А.М., Ройтман Е.В. Состояние тромбоцитарного звена гемостаза у больных в ранние сроки после хирургической коррекции приобретенных пороков сердца. *Клиническая лабораторная диагностика*. 2005; 9: 67. Isayeva A.M., Roytman Ye.V. Sostoyaniye trombositarnogo zvena gemostaza u bol'nykh v ranniye sroki posle khirurgicheskoy korrektsii priobretennykh porokov serdtsa. *Klinicheskaya laboratornaya diagnostika*. 2005; 9: 67.
3. Мурадян А.Р., Вирабян Р.Т., Акопян Л.Г. Диагностика и профилактика геморрагических осложнений при коррекции порока сердца в условиях искусственного кровообращения. *Методические рекомендации*. 1987: 18. Muradyan A.R., Virabyan R.T., Akopyan L.G. Diagnostika i profilaktika gemorragicheskikh oslozhneniy pri korrektsii poroka serdtsa v usloviyakh iskusstvennogo krovoobrashcheniya. *Metodicheskiye rekomendatsii*. 1987: 18.
4. Авруцкий М.Я. и др. Острые нарушения процессов свёртывания крови в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных на сердце в условиях искусственного кровообращения. *Грудная хирургия*. 1983: 26-30. Avrutskiy M.YA. i dr. Ostryye narusheniya protsessov svertyvaniya krovi v rannem posleoperatsionnom periode u bol'nykh, operirovannykh na serdtse v usloviyakh iskusstvennogo krovoobrashcheniya. *Grudnaya khirurgiya*. 1983: 26-30.
5. Самсонова Н.Н., Климович Л.Г., Козар Е.Ф., Диасамидзе К.Э., Подашевская Т.В., Чернова М.П. Значение исследований гемостаза и реологии крови для профилактики и лечения кровотечений. *Бюллетень НЦССХ им. АН Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания*. 2006; 7(S3): 182-182. Samsonova N.N., Klimovich L.G., Kozar Ye.F., Diasamidze K.E., Podashevskaya T.V., Chernova M.P. Znacheniy issledovaniy gemostaza i reologii krovi dlya profilaktiki i lecheniya krvotecheniy. *Byulleten' NTSSSKH im. AN Bakuleva RAMN. Serdechno-sosudistyye zabolevaniya*. 2006; 7(S3): 182-182.
6. Kollef M.H. Inadequate antimicrobial treatment: an important determinant of outcome for hospitalized patients. *Clin Infect Dis*. 2000; 31(Suppl 4): 131-138.
7. Дементьева И.И. Лабораторная диагностика и клиническая оценка нарушений гомеостаза у больных в критическом состоянии. *Медицина*. 2005: 86. Dement'yeva I.I. Laboratornaya diagnostika i

- klinicheskaya otsenka narusheniy gomeostaza u bol'nykh v kriticheskom sostoyanii [Laboratory diagnostics and clinical assessment of homeostasis disorders in critically ill patients]. *Medsina*. 2005: 86.
8. Коньков А.В., Кондратьев А.С. Гемостаз, гемореология при внебольничной пневмонии на фоне сенсбилизации организма у лиц призывного возраста в организованном коллективе. *Военно-медицинский журнал*. 2007; 10: 71. Kon'kov A.V., Kondrat'yev A.S. Gemostaz, gemoreologiya pri vnebol'nichnoy pnevmonii na fone sensibilizatsii organizma u lits prizyvnoy vozrasta v organizovannom kollektive [Hemostasis, hemorheology in community-acquired pneumonia against the background of sensitization of the body in persons of military age in an organized team]. *Voyenno-medsinskiy zhurnal*. 2007; 10: 71.
 9. Silveira F.M., Lourenso D.M., Maluf M. Hemostatic changes in children treated with open heart surgery with cardiopulmonary bypass. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 1998; 59: 29.
 10. Bick R.L. Thrombotic and hemorrhagic problems during CPB surgery. In book *Management of bleeding in cardiovascular surgery* (ed. Piffare R.). Hanley & Belfus, Inc., Philadelphia. 2000: 59-63.
 11. Чарная М.А., Морозов Ю.А., Гладышева В., Ройтман Е.В., Исаева А.М., Белов Ю.В., Гончарова А.В. Изменение системы гемостаза при операциях на аорте в условиях искусственного кровообращения. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2005; 11(4): 27-31. Charnaya M.A., Morozov YU.A., Gladysheva V., Roytman Ye.V., Isayeva A.M., Belov YU.V., Goncharova A.B. Izmeneniye sistemy gemostaza pri operatsiyakh na aorte v usloviyakh iskusstvennogo krovoobrashcheniya [Changes in the hemostatic system during operations on the aorta under cardiopulmonary bypass]. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 2005; 11(4): 27-31
 12. Домникова Н.П., Сидорова Л.Д., Левин О.Б. Прогнозирование исходов пневмоний, развившихся у больных отделений интенсивной терапии. *Сибирский Консилиум*. 2004; 2: 44-48. Domnikova N.P., Sidorova L.D., Levin O.B. Prognozirovaniye iskhodov pnevmoniy, razvivshikhsya u bol'nykh otdeleniy intensivnoy terapii [Predicting the outcomes of pneumonia that developed in patients in intensive care units]. *Sibirskiy Konsilium*. 2004; 2: 44-48.
 13. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. *Медицина*. 2006: 464. Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Strachunskiy L.S. Pnevmoniya [Pneumonia]. *Medsina*. 2006: 464.
 14. Киров М.Ю., Кузьков В.В., Недашковский Э.В. Острое повреждение легких при сепсисе: патогенез и интенсивная терапия. *Архангельск*. 2004: 94. Kirov M.YU., Kuz'kov V.V., Nedashkovskiy E.V. Ostroye povrezhdeniye legkikh pri sepsise: patogenez i intensivnaya terapiya [Acute lung injury in sepsis: pathogenesis and intensive care]. *Arkhangel'sk*. 2004: 94.
 15. Кассиль В.Л., Золотокрылина Е.С. Острый респираторный дистресс-синдром. М.: *Медицина*. 2003: 203. Kassil' V.L., Zolotokrylina Ye.S. Ostryy respiratornyy distress-sindrom [Acute respiratory distress syndrome]. М.: *Medsina*. 2003: 203.
 16. Попов Д.А., Белобородова Н.В., Ярустовский М.Б. Системное воспаление после операций на открытом сердце: значение микробного фактора. *Анестезиология и реаниматология*. 2006; 2: 79-83. Popov D.A., Beloborodova N.V., Yarustovskiy M.B. Sistemnoye vospaleniye posle operatsiy na otkrytom serdtse: znacheniya mikrobnogo faktora [Systemic inflammation after open heart surgery: the significance of the microbial factor]. *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 2006; 2: 79-83.
 17. Andrejaitiene J., Širvinskas E., Glikas I. Dysfunction of the respiratory system after heart surgery. *Medicina*. 2000; 36 (2): 153-158.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

FINANCING

There was no financial support.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

CONFLICT OF INTEREST

The author declares no conflict of interest.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

****Рахимзода Холмахмад Бой** – кандидат медицинских наук, главный врач Медицинского центра Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан.

E-mail: dr_rahimov@inbox.ru

https://orcid.org/0000-0002-6316-3689

INFORMATION ABOUT AUTHOR:

***Rakhimzoda Kholmakhmad Boy** – Candidate of Medical Sciences, Chief Physician of the Medical Center of the Executive Office of the President of the Republic of Tajikistan.

E-mail: dr_rahimov@inbox.ru

https://orcid.org/0000-0002-6316-3689

*** Автор для корреспонденции.**

Результивность восстановления проходимости маточной трубы у больных с трубной беременностью

Г.Н. Шарипов

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Аннотация

Цель исследования. Оценить отдалённые результаты микрохирургического восстановления маточной трубы при прогрессирующей трубной беременности.

Материалы и методы. В рамках ретроспективного исследования нами было обследовано 140 больных с трубной беременностью. Для оценки отдалённых результатов в зависимости от тактики проведённых реконструктивно-восстановительных операций больные были разделены на три группы: I группу изначально составляли 32 больных с фимбриальным расположением плодного яйца; II группу – 83 больных, имевших благоприятные сроки, без разрыва маточной трубы; III группу – 25 больных, поступивших с поздними сроками, гестационного развития. В группу сравнения было включено 20 больных с единственной маточной трубой, которым впоследствии была проведена тубэктомия.

Результаты. В I группе у 12 женщин, перенёвших микрохирургическое восстановление, отмечалось наступление маточной беременности, у 6 из которых в дальнейшем наблюдались срочные роды. Рождение двоих детей после микрохирургического восстановления наблюдалось у 2 больных, трёх – у одной женщины. Во II группе маточная беременность наблюдалась в 36 случаях, в 26 случаях, окончившаяся срочными родами. Рождение одного ребёнка наблюдалось у 19 больных, у 4 – двоих детей, в 3 случаях наблюдались срочные роды более трёх раз. В III группе больных в 6 случаях наблюдалась маточная беременность, из них 4 завершились срочными родами. В одном случае наблюдалось рождение двоих детей. В группе сравнения срочные роды наблюдались в одном случае.

Заключение. Метод микрохирургического восстановления маточной трубы при прогрессирующей трубной беременности является эффективным, с целью восстановления репродуктивной функции женщины.

Ключевые слова:

прогрессирующая трубная беременность, маточная беременность, репродуктивная функция женщины.

Для цитирования:

Шарипов Г.Н. Результативность восстановления проходимости маточной трубы у больных с трубной беременностью. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2022; 3(1): 11-17.

Актуальность. Микрохирургические органосохраняющие операции и дифференцированный подход к реабилитационным мероприятиям позволяют улучшить сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин, а также увеличить частоту наступления и вынашивания последующих долгожданных беременностей [1-3].

Современные достижения ультразвуковой диагностики позволили рутинно диагностировать прогрессирующую трубную беременность в ранних сроках гестации, задолго, до её разрыва [4-6]. Однако, в экстренных случаях акушеры-гинекологи вынуждены выполнять

радикальные операции (удаление маточной трубы). Современное повсеместное развитие эндовидеохирургии позволило минимизировать травматичность этих операций, что сводится к удалению маточной трубы, либо её сохранению, с удалением плодного яйца через продольный туботомный разрез (сальпингостомия) [7-9].

Попытки восстановления проходимости маточной трубы предпринимались на протяжении многих столетий, и только с внедрением микрохирургической техники они нашли своё практическое воплощение. По данным многих авторов, самые лучшие результаты микрохирургического восстановления были достигну-

DOI: 10.54538/27075265_2022_3_1_11

Effectiveness of restoration of paterability of the tube in patients with tube pregnancy

G.N. Sharipov

State Institution «Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population Republic of Tajikistan

Abstract

Objective: To evaluate the long-term results of microsurgical restoration of the fallopian tube in progressive tubal pregnancy.

Materials and methods: As part of a retrospective study, 140 patients with tubal pregnancy were examined. To assess the long-term results, depending on the tactics of reconstructive and restorative operations, the patients were divided into three groups: Group I initially consisted of 32 patients with a fimbrial location of the ovum; Group II - 83 patients who had favorable terms without rupture of the fallopian tube and Group III - 25 patients admitted with later terms of gestational development. The comparison group included 20 patients with a single fallopian tube, who subsequently underwent tubectomy.

Results: In group I, 12 women who underwent microsurgical restoration experienced the onset of uterine pregnancy, 6 of which subsequently had term delivery. The birth of two children after microsurgical restoration was observed in 2 patients, three - in 1 woman. In group II, uterine pregnancy was observed in 36 cases, in 26 cases ending in urgent delivery. The birth of 1 child was observed in 19 patients, in 4 - in two children, in 3 cases urgent delivery was observed more than three times. In the III group of patients, uterine pregnancy was observed in 6 cases, 4 of them ended in urgent delivery. In one case, two children were born. In the comparison group, urgent delivery was observed in 1 case.

Conclusion: The method of microsurgical restoration of the fallopian tube during progressive tubal pregnancy is effective in order to restore the reproductive function of a woman.

Key words:

Progressive tubal pregnancy, uterine pregnancy, female reproductive function.

For citation:

Sharipov G.N. Effectiveness of restoration of paterability of the tube in patients with tube pregnancy. Eurasian Scientific and Medical Journal «Sino». 2022; 3(1): 11-17.

ты после реконструкции маточных труб, после хирургической стерилизации приближаются к 90% [10-12].

Широкое внедрение микрохирургической техники восстановления маточной трубы позволит улучшить организацию оказания специализированной помощи больным при прогрессирующей внематочной беременности. Это улучшит взаимосвязь между акушерско-гинекологической службой и реконструктивно-пластическими отделениями в целях дальнейшего расширения возможностей хирургии, и снижения затрат на лечение больных в сложной экстренной патологии.

Цель исследования. Оценить отдалённые результаты микрохирургического восстановления маточной трубы при прогрессирующей трубной беременности.

Материалы и методы. В рамках ретроспективного исследования нами было обследовано 140 больных с трубной беременностью.

Для оценки отдалённых результатов в зависимости от тактики проведённых реконструктивно-восстановительных операций больные были разделены на три группы: I группу изначально составляли 32 больных с

фимбриальным расположением плодного яйца; II группу – 83 больных, имевших благоприятные сроки, без разрыва маточной трубы; III группу – 25 больных, поступивших с поздними сроками, гестационного развития.

В группу сравнения было включено 20 больных с единственной маточной трубой, которым впоследствии была проведена тубэктомия.

Полученные данные исследования были обработаны с использованием стандартных статистических методов анализа.

Результаты и их обсуждение. В отдалённые сроки удалось провести осмотр 16 больным из I группы. Все 16 больных, на момент обращения находились в удовлетворительном состоянии. В 4 случаях наблюдалась повторная трубная беременность, из них у 2 пациенток – с повторным проведением микрохирургического восстановления маточной трубы. Ещё в 2 случаях в данной группе, при повторной трубной беременности была проведена тубэктомия. У 12 женщин, перенёвших микрохирургическое восстановление, отмечалось наступление маточной беременности, у 6 из которых

в дальнейшем наблюдались срочные роды. Рождение двоих детей после микрохирургического восстановления наблюдалось у 2 больных, трёх – у одной женщины. Вес новорождённых колебался от 1200 до 3900 г. Случаев семимесячного рождения плода не наблюдались. Наступление маточной беременности свидетельствует о восстановлении функции маточной трубы. Прерывание беременности уже указывало не о патологии труб, а других звеньев репродуктивной системы. В данной группе наблюдались наиболее благоприятные результаты восстановления репродуктивной функции.

Клинический пример № 1. Больная Г.Ю., 1984 г.р., поступила в отделение восстановительной хирургии с установленным диагнозом прогрессирующей трубной беременности единственной левой маточной трубы. После предварительной предоперационной подготовки больная была оперирована под общим эндотрахеальным наркозом. В связи с предыдущей лапаротомией выполнена повторная срединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца.

При вскрытии брюшной полости обнаружено скопление крови в объёме 180-200 мл. Брюшная полость промыта и осушена с использованием вакуумного отсоса. Проведена ревизия брюшной полости и малого таза. Матка, вместе с придатками, была выведена в рану. Размеры матки в норме, патологических изменений на её поверхности не обнаружено. Имеется культя правой маточной трубы, правый яичник не изменён. В области левой маточной трубы, в фимбриальной её части, визуализируется образование, размером 20x25 мм, округлой формы. Путём не сильного надавливания на фимбриальную часть, плодное яйцо было эвакуировано из воронки маточной трубы. Ввиду наличия активного источника кровотечения в полости трубы, с целью гемостаза, проведён разрез в верхней части трубы, в поперечном направлении. Найден источник кровотечения, ложе коагулировано. Полость трубы была промыта физиологическим раствором, через просвет фимбриальной части внедрён проводник из нейлоновой нити размера 0. Пройдимость жидкости в полость матки в норме. Дефект трубы ушит викриловой нитью 5,0 узловыми швами. Гемостаз. Выполнен контроль-

ный осмотр органов брюшной полости.

Спаyki между слепой кишкой и большим сальником были устранены путём рассечения коагулятором, под контролем руки. Ввиду наличия вторичного воспаления по всей протяжённости червеобразного отростка, было решено провести аппендэктомию. Проведена антеградная аппендэктомия. При осмотре брюшной полости и малого таза активных источников кровотечения не обнаружено. Пространство позади матки дренировано дренажной трубкой.

У больной спустя 3 года после проведения операции отмечено наступление физиологической беременности, после этого последовали срочные роды. Вес ребёнка на момент рождения составил 2100 г, рост ребёнка – 45 см.

Клинический пример № 2. Больная, О.С., 1982 г.р., поступила с жалобами на прогрессирующие боли в нижней части живота. Вначале боли были почти незаметны, но в последние двое суток интенсивность их увеличилась. Больная обратилась к гинекологу в роддом №1 г. Душанбе, где после проведения УЗИ и был выставлен диагноз: «Внематочная беременность, трубная форма слева» (рис. 1). Больной было предписано проведение удаления поражённой трубы, однако ввиду наличия в анамнезе предыдущей тубэктомии, а также отсутствия детей, женщина от радикальной операции отказалась. Пациентка была направлена гинекологом в отделение восстановительной хирургии РНЦССХ для проведения реконструктивной операции. После обследования дежурным врачом и сдачи необходимых анализов, пациентка была госпитализирована для проведения экстренного оперативного вмешательства.

Под общим эндотрахеальным наркозом, по срединной линии в области шрама оставшегося от предыдущей операции, был проведён разрез размером 12,0x3,0 см и иссечение рубцовых тканей. В брюшной полости обнаружилось около 300 мл крови и кровяных сгустков. После удаления кровяных сгустков при помощи отсоса, была проведена ревизия органов брюшной полости и малого таза. Матка вместе с придатками была выведена в рану. Во время ревизии, матка имеет нормальные размеры, консистенция мягкая. Патологические изме-

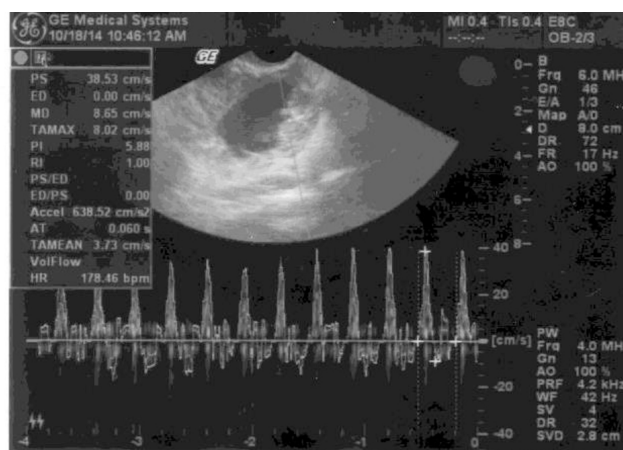


Рис. 1. Расположение эмбриона в маточной трубе

нения не обнаружены. Слева маточная труба не обнаружена, видно место перевязки маточной трубы. Левый яичник сохранён, патологических образований не имеет. В правой маточной трубе, на границе фимбриальной и ампулярной частей, визуализируется округлое образование, размером 3,0x4,0 см. Было проведено удаление плодного яйца, после чего посредством промывания полости трубы физиологическим раствором, была проверена проходимость маточной трубы. Около 10 мл раствора свободно прошли в полость матки.

Гемостаз. Брюшная полость была подвергнута ревизии. Патологическое скопление жидкости и активных источников кровотечения не найдено. Позади матки была расположена дренажная трубка. Послойное ушивание тканей. На кожу был наложен косметический шов по Холстеду с применением нейлоновой нити 3,0.

Наблюдение проведено через 8 лет после проведённой операции. Общее состояние больной удовлетворительное. Было проведено повторное УЗИ брюшной полости. Прходимость маточной трубы в норме. Имеет ребёнка 5-летнего возраста. Вес ребёнка на момент рождения составил 3100 г, рост ребенка – 50 см.

Из 83 больных II группы, имевших благоприятные сроки, без разрыва маточной трубы, 63 пациенткам удалось опросить в отдалённые сроки после проведения оперативного вмешательства. В 2-х случаях имело место истмическая локализация плодного яйца, у 61 больной плодное яйцо локализовалось в ампулярной части. Все больные поступили в сроки гестационного развития до трёх недель. В данной группе всем пациенткам была проведена туботомия над плодным яйцом. Рецидивы наблюдались в 2-х случаях. Во всех случаях больным было проведено повторное восстановление маточных труб. Маточная беременность наблюдалась в 36 случаях, в 26 случаях, окончившаяся срочными родами. Рождение 1 ребёнка наблюдалось у 19 больных, у 4 – двоих детей, в трёх случаях наблюдались срочные роды более трёх раз. Вес новорождённых колебался от 1400 до 3900 г.

Клинический пример № 3. Больная Б.Е., 34 года, по-

ступила с жалобами на боли в нижней части живота, кровянистые выделения, общее недомогание. Предполагаемый срок гестационного возраста – 4-5 недель. Больной, по рекомендации гинеколога, было предложено обратиться в отделение восстановительной хирургии, для проведения восстановительной операции.

Данные УЗИ: матка размерами 65x46x60 мм. Размеры левого яичника – 38x25 мм, правого – 23x27 мм. Слева определяется тубоовариальное образование, похожее на плодное яйцо, без чётких границ. Было принято решение, о проведении экстренного оперативного вмешательства, при возможности, с восстановлением проходимости маточной трубы.

Под общим обезболиванием, был проведён ниже-поперечный разрез по Пфаннеанштилю, длиной 8 см, проведена лапаротомия. В брюшной полости скопление крови не определяется. При ревизии брюшной полости матка патологических изменений не имеет, в левой маточной трубе, в фимбриальной её части, обнаружено расширение размером 3,5x2,0 см. Левый яичник спаян с левой маточной трубой. Правая маточная труба не имеет патологических изменений, однако, в правом яичнике обнаружена киста размером 1,0x1,0 см. Была проведена клиновидная резекция правого яичника, дефект ушит непрерывным гемостатическим швом, с применением викриловой нити 5,0. После мобилизации левой маточной трубы, освобождения её от спаек с яичником, было проведено извлечение плодного яйца через фимбриальное отверстие, с коагуляцией ложа. Полость трубы была промыта подогретым до комнатной температуры раствором фурацилина. В полость трубы был введён ангиокатетер, после чего была проверена на проходимость, путём введения жидкости (рис. 2). Жидкость проходит в полость матки без затруднений. Позади матки была расположена дренажная трубка. Рана ушита слой за слоем, кожа ушита косметическим швом, нейлоновой нитью 3,0.

В ближайшие сроки, после проведения оперативно-го вмешательства, серьёзных осложнений у больной не наблюдалось. Больная была выписана на 8 день по-

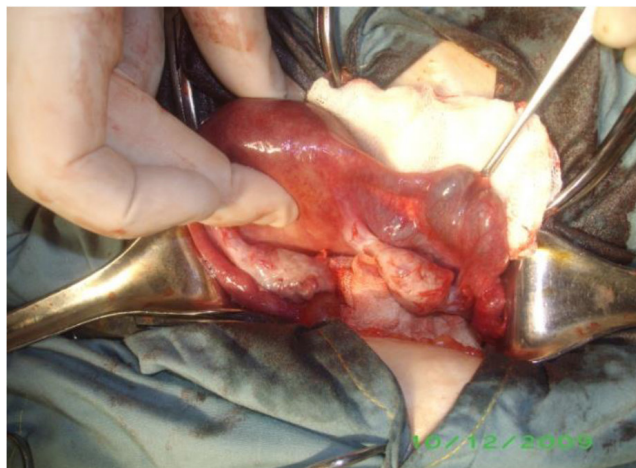


Рис. 2. Проведение проводника (нейлоновая нить) через полость маточной трубы

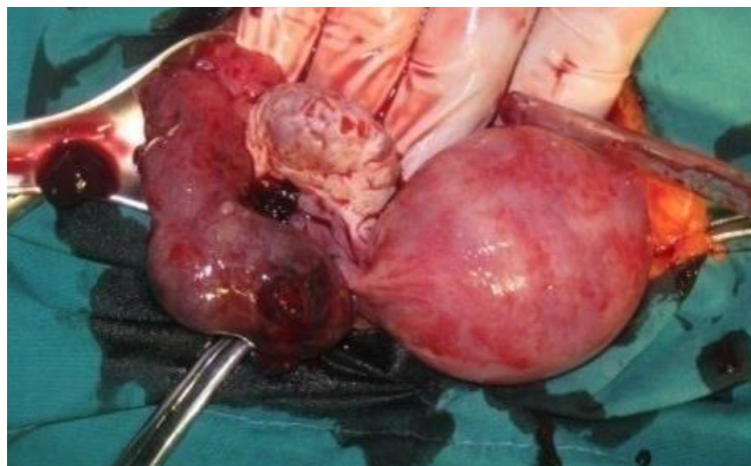


Рис. 3. Матка выведена в рану вместе с придатками. В правой маточной трубе определяется трубная беременность

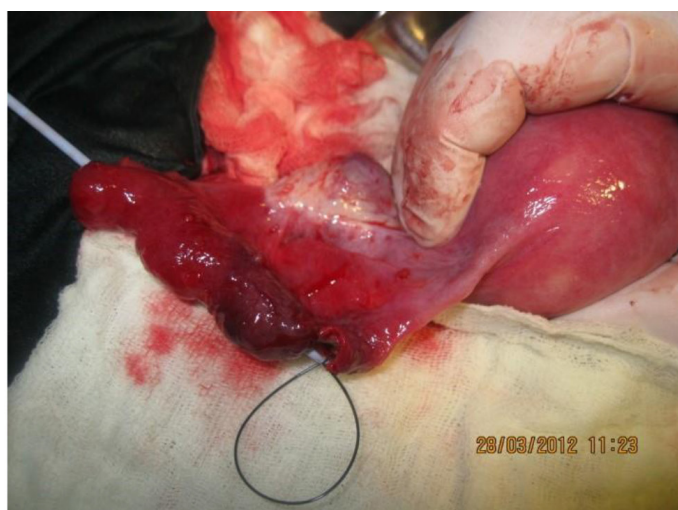


Рис. 4. Восстановление правой маточной трубы и проведение проводника

сле проведения оперативного вмешательства. Проводник был снят на 25 сутки после операции.

В отдалённые сроки, после проведения операции (спустя 6 лет), у пациентки наблюдались две маточные беременности, с рождением детей, путём кесарева сечения. На момент рождения, первый ребёнок весил 3876 г, ростом - 55 см, второй - 3776 г, ростом ребёнка - 52 см.

В III группе находилось 25 больных, поступивших в сроки гестационного возраста плодного яйца более 3-9 недель, с истмическим (7 больных) и ампулярным (18 больных) расположением в маточной трубе. Следует отметить, что в данной группе были прооперированы пациентки с тяжёлой формой трубной беременности - большими размерами плодного яйца, субсерозным или полным разрывом маточной трубы. Общее число больных с разрывом трубы составило 17 пациенток, 8 из которых, из-за невозможности проведения микрохирургического восстановления, была проведена тубэктомия. Повторное развитие трубной беременности наблюдалось в 5 случаях (4 - истмическое расположение, 1 - ампулярное), в трех из которых, ввиду

обильного кровотечения, пришлось выполнить тубо-томию. В двух случаях было выполнено микрохирургическое восстановление, а в 6 случаях наблюдалась маточная беременность, из них 4 окончились срочными родами. В одном случае наблюдалось рождение двоих детей.

Клинический пример № 4. Больная, Т.З., 1988 г.р., поступила с жалобами на тянущие боли в нижней части живота, головокружение, тошноту и общее недомогание. Было проведено УЗИ брюшной полости и органов малого таза.

Заключение: «Внематочная беременность, трубная форма справа. Свободная жидкость в брюшной полости». Больной было предложено удаление трубы. Однако родственники больной отказались от тубэктомии. Больная была направлена для проведения восстановительной операции в отделение восстановительной хирургии РНЦССХ.

В ходе проведения оперативного вмешательства в брюшной полости обнаружено скопление крови в объёме до 1 литра. Кровь эвакуирована с использованием

отсоса. При промывании, проходимость жидкости в полость матки установлена, в полость трубы проведён проводник – нейлоновая нить 0. Дефект в ампулярной части правой трубы устранён путём сшивания викриловой нитью 4,0 (рис. 3 и 4).

Проведена ревизия брюшной полости. Правая фаллопиева труба без изменений, как и правый яичник. Патологии выявлено не было. Дренажное дренирование брюшной полости проводилось за счёт дренажной трубки, позади матки. На кожу наложен косметический шов по Холстеду.

Повторный осмотр в отдалённые сроки проводился спустя 3 года после проведения оперативного вмешательства. Общее состояние больной удовлетворительное. Больная находится на пятом месяце беременности. Беременность протекает без каких-либо патологий. Пациентка находится под наблюдением гинеколога по месту жительства. Было проведено повторное УЗИ брюшной полости. Проходимость маточной трубы в норме. Спаечный процесс отсутствует. Имеет ребёнка 2-летнего возраста. Вес ребёнка на момент рождения составил 2900 г, рост ребенка – 49 см.

В отдалённые сроки после проведения оперативного вмешательства среди 20 больных с единственной маточной трубой (группа сравнения – тубэктомии), срочные роды наблюдались в одном случае. В 7 случаях наблюдалось развитие повторной трубной беременности в единственной трубе. В 4-х случаях больным была проведена тубэктомия по месту проживания, в 3-х случаях – лапароскопическое удаление плодного яйца.

Приведённые данные свидетельствуют о частом своевременном направлении больных на проведение восстановительных операций врачами-гинекологами, вне зависимости от наличия в анамнезе тубэктомии, и отказе от частого применения радикальных операций и, в целом, более ранней диагностики, и обращения больных за медицинской помощью, что не может ни сказаться на качестве оказываемой хирургической помощи. Повышение частоты туботомии к резекции маточной трубы свидетельствует о чётко налаженном потоке больных в оптимально ранние сроки прогрессирующей трубной беременности, что позволяет улучшить выполнение более качественного восстановления проходимость маточной трубы.

Заключение. Таким образом, всё вышеперечисленное свидетельствует о том, что метод микрохирургического восстановления маточной трубы при прогрессирующей трубной беременности является эффективным, с целью восстановления репродуктивной функции женщины. Данный метод позволяет устранить столь опасные для жизни пациентки состояние, как кровотечение и разрыв маточной трубы. При этом косметический эффект после применения доступа по Пфаннеанштилю, не уступает подобному при лапароскопической технике.

При тубэктомии случаи повторной трубной беременности наблюдались намного чаще, чем после микрохирургического восстановления, как и число срочных родов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Майоров М.В., Жученко С.И., Черняк О.Л. Внематочная беременность: современные методы диагностики и лечения. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2013; 3 (67): 35-42. Mayorov M.V., Zhuchenko S.I., Chernyak O.L. Vnematochnaya beremennost': sovremennyye metody diagnostiki i lecheniya [Ectopic pregnancy: modern methods of diagnosis and treatment]. Meditsinskiye aspekty zdorov'ya zhenshchiny. 2013; 3 (67): 35-42.
2. Шаповал Н.Л., Зализняк В.А., Кирилук А.Д., Цурканенко А.Д., Траилина О.С. Инновационные технологии в лечении острого живота в гинекологии. Современные медицинские технологии. 2010; 1: 50-52. Shapoval N.L., Zaliznyak V.A., Kirilyuk A.D., Tsurkanenko A.D., Trailina O.S. Innovatsionnyye tekhnologii v lechenii ostrogo zhivota v ginekologii [Innovative technologies in the treatment of acute abdomen in gynecology]. Sovremennyye meditsinskiye tekhnologii. 2010; 1: 50-52.
3. Алиева Х.Г., Кадиева Г.М. Лапароскопические возможности лечения внематочной беременности. Проблемы репродукции. 2009; Спец. вып.: 226. Aliyeva KH.G., Kadiyeva G.M. Laparoskopicheskiye vozmozhnosti lecheniya vнемatochnoy beremennosti [Laparoscopic options for the treatment of ectopic pregnancy]. Problemy reproduksii. 2009; Spets. Vyp.: 226.
4. Кабешов А.М. Неиндуцированная гетеротопическая беременность (описание случая). Проблемы репродукции. 2009; 1: 70-71. Kabeshov A.M. Neindutsirovannaya geterotopicheskaya beremennost' (opisaniye sluchaya) [Non-induced heterotopic pregnancy (case report)]. Problemy reproduksii. 2009; 1: 70-71.
5. Карсыбекова Р.К. Особенности оперативного лечения внематочной беременности в современных условиях. Хабаровшысы. 2010; 5(50): 67-69. Karsybekova R.K. Osobennosti operativnogo lecheniya vнемatochnoy beremennosti v sovremennykh usloviyakh [Features of surgical treatment of ectopic pregnancy in modern conditions]. Khabarshysy. 2010; 5(50): 67-69.
6. Дивакова Т.С., Сачек Ю.А. Эктопическая беременность (этиология, диагностика, современные представления о хирургическом и медикаментозном лечении). Вестник ВГМУ. 2004; 3(2): 5–12. Divakova T.S., Sachek Yu.A. Ektopicheskaya beremennost' (etiologiya, diagnostika, sovremennyye predstavleniya o khirurgicheskom i medikamentoznom lechenii) [Ectopic pregnancy (etiology, diagnosis, current ideas about surgical and drug treatment)]. Vestnik VGMU. 2004; 3(2): 5–12.
7. Епее-Бекима М., Overton C. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. The Practitioner. 2013; 257(1759): 15-72.
8. Евтушенко И.Д., Рыбников С.В. Сравнительная

- оценка различных эндохирургических методик в лечении прогрессирующей трубной беременности. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2005; 1: 76–78. Yevtushenko I.D., Rybnikov S.V. Sravnitel'naya otsenka razlichnykh endokhirurgicheskikh metodik v lechenii progressiruyushchey trubnoy beremennosti [Comparative evaluation of various endosurgical techniques in the treatment of progressive tubal pregnancy]. *Mat' i ditya v Kuzbasse*. 2005; 1: 76–78.
9. Benson C.B., Doubilet P.M., Peters H.E., Frates M.C. Intrauterine Fluid With Ectopic Pregnancy A Reappraisal. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 2013; 32(3): 389-393.
 10. Мухиддинов Н.Д., Исмоилов М.М., Гулин А.В., Назирбоева О.Ю., Саидов М.С. Отдалённые результаты хирургического лечения больных с трубной беременностью после тубэктомии. *Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки*. 2017; 22(6-2): 1661-1664. DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-6-1661-1664. Mukhiddinov N.D., Ismoilov M.M., Gulin A.V., Nazirboyeva O.Yu., Saidov M.S. Otdalennyye rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh s trubnoy beremennost'yu posle tubektomii [Long-term results of surgical treatment of patients with tubal pregnancy after tubectomy]. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Yestestvennyye i tekhnicheskkiye nauki*. 2017; 22(6-2): 1661-1664. DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-6-1661-1664
 11. Kumar V., Gupta J. Tubal ectopic pregnancy. *BMJ Clin Evid*. 2015; 2015: 1406.
 12. Ilea C., Ilie O.D., Marcu OA, Stoian I, Doroftei B. The Very First Romanian Unruptured 13-Weeks Gestation Tubal Ectopic Pregnancy. *Medicina (Kaunas)*. 2022; 58(9): 1160. doi: 10.3390/medicina58091160

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

FINANCING

There was no financial support.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

CONFLICT OF INTEREST

The author declares no conflict of interest.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

***Шарипов Гайратшох Нусратуллович** – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения восстановительной хирургии, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

E-mail: gairat16041986@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-2279-6228

INFORMATION ABOUT AUTHOR:

***Sharipov Gairatshokh Nusratulloevich** – Candidate of Medical Sciences, Researcher of the Department of Reconstructive Surgery, Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery.

E-mail: gairat16041986@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-2279-6228

*** Автор для корреспонденции.**

Натиҷаҳои муолиҷаи этиотропии мардони гирифтори бемории хламидиози урогениталии музмин

Б.Ч. Сангов¹, Н.М. Таварова², Р.А. Турсунов³

¹ МДТ «Коллеҷи тиббии шаҳри Ваҳдат»

² МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

³ МД «Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон»

Хулоса

Мақсади таҳқиқот – беҳтар гардонидани натиҷаҳои муолиҷаи хламидиози урогениталии музмин дар байни мардон.

Мавод ва усули таҳқиқот. 90 нафар мардони гирифтори бемории хламидиози урогениталии музмин мавриди омӯзиш қарор гирифтанд. Бо назардошти усулҳои истифодашудаи муолиҷаи маҷмӯии беморон онҳо ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Беморон аз гурӯҳи якум (n=30) муолиҷаи этиотропиро бо антибиотики азитромитсин, гурӯҳи дуюм (n=30) муолиҷаи этиотропӣ + иммуностимулятори тимоген ва гурӯҳи сеюм (n=30) муолиҷаи этиотропӣ + иммуностимулятори тимогар қабул карданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар қиёс бо гурӯҳи назоратӣ микст-инфексия ва простатити музмин 1,4 маротиба бештар вомерхӯранд. Муолиҷаи этиотропӣ дар 22 (73,3%) нафар бемори хламидиози урогениталии музмин натиҷаи мусбӣ дод. Натиҷаи манфӣ аз муолиҷаи этиологӣ дар 8 (26,7%) бемор мушоҳида карда шуд. Натиҷаи муолиҷаи маҷмӯӣ бо истифодаи иммуностимулятори тимоген аз он шаҳодат медиҳад, ки дар 26 (86,7%) бемор натиҷаи мусбӣ ба даст омад. Муолиҷаи маҷмӯӣ бо истифодаи тимогар бошад дар 27 (90,0%) бемор самарабахш буд.

Хулоса. Муолиҷаи этиотропӣ ва иммуностимулярӣ бо истифодаи тимоген/тимогар ҳангоми хламидиози урогениталии музмин дар мардони бемор самарабахш мебошад.

Калимаҳои асосӣ:

хламидиози урогениталии музмин, антибиотик, азитромитсин, иммуностимулятор, азитромитсин, тимоген, тимогар

Для цитирования:

Сангов Б.Ч., Таварова Н.М., Турсунов Р.А. Результаты этиотропного лечения мужчин с хроническим урогенитальным хламидиозом (Натиҷаҳои муолиҷаи этиотропии мардони гирифтори бемории хламидиози урогениталии музмин). *Евразийский научно-медицинский журнал «Сино»*. 2022; 3(1): 18-24.

Мубрамият. Сирояти хламидиявӣ, ки бемориҳои илтиҳобии узвҳои системаи репродуктивиро ба вучуд меорад, яке аз паҳншударин сирояти бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда (СБРАҶГ) маҳсуб меёбад [1-3]. Тибқи омили Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ дар мамлакатҳои аз лиҳози иқтисодӣ рушдёфта, аз се як ҳиссаи аҳоли дар давоми ҳаёт аз ду то се маротиба ба бемории хламидиози урогениталӣ (ХУГ) гирифтор мешаванд [4, 5]. Ҳамасола дар ҷаҳон 90 млн. ҳодисаҳои нави сирояти хламидиявӣ ба қайд гирифта мешаванд, аз ҷумла дар ИМА – қариб 5 млн, дар Аврупои Ғарбӣ – 10 млн [6, 7].

Хламидиози урогениталӣ нисбатан зиёдтар дар шахсони аз 25-сола ҷавонтар вомерхӯрад [8, 9].

Моҳияти тиббӣ-иҷтимоии ХУГ барои мардон бо он алоқаманд аст, ки дар аксари онҳо аввал дар шак-

ли уретрит ва уретропростатити музмин зоҳир мегардад. Инчунин ХУГ ҳангоми набудани муолиҷаи мувофиқ дар бисёр ҳолатҳо ба безурриётӣ оварда мерасонад [10, 11].

Мардони муҳочир яке аз гурӯҳҳои хатари баланди аҳоли дар масъалаи сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда ба ҳисоб мераванд. Муносибатҳои нисбатан озоди ҷинсӣ, дониши паст оид ба оризаҳои имконпазир, набудани имконияти муоинаи саривақтӣ ва таъбаат проблемаи СБРАҶГ-ро ба яке аз мушкилоти муҳимтарини нигоҳдории солимии репродуктивии муҳочирони меҳнатӣ табдил медиҳанд. Қариб 20%-и аҳолии ҷинси марди Тоҷикистон муҳочирони меҳнатӣ маҳсуб меёбанд.

Мушкилии муолиҷаи сирояти хламидиявӣ ба он асос ёфтааст, ки истифодаи номувофиқи доруҳои

DOI: 10.54538/27075265_2022_3_1_18

Results of etiotropic treatment of men with chronic urogenital chlamydia

B.Ch. Sangov¹, N.M. Tavarova², R.A. Tursunov³¹ MDT "Vahdat City Medical College"² "Research Institute of Obstetrics and Gynecology and perinatology of Tajikistan"³ SI «Tajik Research Institute of Preventive Medicine»

Abstract

Objective: Improving the results of treatment of chronic urogenital chlamydia in men.

Materials and Methods: 90 men with chronic urogenital chlamydia were studied. Depending on the use of treatment methods, patients were divided into 3 groups. The first group (n=30) received etiotropic treatment with the antibiotic azithromycin, the second group (n=30) received etiotropic treatment + thymogen immunostimulator, and the third group (n=30) received etiotropic treatment + thymogar immunostimulator.

Results: In comparison with the control group, mixed infection and chronic prostatitis are found 1.4 times more often. Etiotropic treatment gave a positive result in 22 (73.3%) patients with chronic urogenital chlamydia. A negative result of etiological treatment was observed in 8 (26.7%) patients. The result of combined treatment with the use of immunostimulant thymogen indicates that a positive result was obtained in 26 (86.7%) patients. Combined treatment with the use of timogar was effective in 27 (90.0%) patients.

Conclusion: Etiotropic and immunostimulatory treatment with the use of thymogen is effective in chronic urogenital chlamydia in male patients.

Key words:

chronic urogenital chlamydiosis, antibiotic, azithromycin, immunostimulator, thymogen

For citation:

Sangov B.Ch., Tavarova N.M., Tursunov R.A. Results of etiotropic treatment of men with chronic urogenital chlamydia. Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino". 2022; 3(1): 18-24.

антибактериалӣ ба музминияти сироят, пайдоиши L- шаклҳои барангезанда оварда расониданаш мумкин аст, инчунин метавонад шиддатёбии раванди илтиҳобиро таҳрик диҳад. Табобати хламидиози урогениталӣ бояд ба таври маҷмӯӣ сурат гирифта, муолиҷаҳои этиологӣ, патогенетикӣ, симптоматикӣ ва таъсири маҳаллиро ба манбаи сироят дар бар гирад [12-15].

Мақсади таҳқиқот – беҳтар гардонидани натиҷаҳои муолиҷаи хламидиози урогениталии музмин дар байни мардон.

Мавод ва усули таҳқиқот. 90 нафар мардони гирифтори бемории хламидиози урогениталии музмин мавриди омӯзиш қарор гирифтанд. Синну соли беморон 18-46 сола буда ба ҳисоби миёна $26,7 \pm 1,7$ солро ташкил меод.

Бо назардошти усулҳои истифодашудаи муолиҷаи маҷмӯӣ беморон онҳо ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд

Дар гурӯҳи якум (30 бемор) муолиҷаи этиотропӣ + антибиотики азитромитсин 1 граммӣ 1 маротиба дар як ҳафта, дар муддати 3 ҳафта истифода карда шуд. Азитромитсин аз ҷониби мутахассисони ширкати фармасевтии PLIVA (Хорватия) таҳия шудааст ва

патент барои дору соли 1980 гирифта шудааст.

Дар гурӯҳи дуюм (30 бемор) муолиҷаи этиотропӣ + иммуностимулятори тимоген бо вояи 1 мл ба таври дохилимушакӣ 1 маротиба дар давоми шабонарӯз, давоми 10 рӯз таъйин шуда буд.

Дар гурӯҳи сеюм (30 бемор) муолиҷаи этиотропӣ + иммуностимулятори тимогар бо вояи 1 мл ба таври дохилимушакӣ 1 маротиба дар давоми шабонарӯз, давоми 10 рӯз таъйин шуда буд.

Гурӯҳи назоратиро 30 нафар мардони солим ташкил доданд.

Самаранокии муолиҷа аз рӯи меъёрҳои зерин арзёбӣ карда шуд:

- баробаркунии аломатҳои субъективии беморӣ;
- нестшавии аломатҳои воқеии раванди патологӣ;
- натиҷаҳои манфии тестҳои бактериологӣ;
- мӯътадилшавии вайроншавии нишондиҳандаҳои иммунологӣ.

Меъёрҳои ишорашудаи натиҷаи муолиҷаи маҷмӯӣ ба тарзи зерин арзёбӣ карда шуд:

натиҷаи мусбӣ – баробаркунии аломатҳои клиникӣ ҳангоми муолиҷаи этиологӣ аз ҳамаи сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда;

натиҷаи нокифоя – баробаркунии аломатҳои клиникӣ ҳангоми тестҳои мусбӣ бактериологӣ;

натиҷа надодани муолиҷа – боқӣ мондани як ва ё якчанд аломатҳои клиникӣ беморӣ.

Баҳогузори натиҷаи этиологии муолиҷаи беморон баъди 4 ва 8 ҳафта аз рӯи натиҷаҳои реаксияи занҷираи полимеразӣ ва дигар тестҳои лабораторӣ гузаронида шуданд.

Таҳлили муқоисавии омори дар байни гурӯҳҳои таҳқиқоти мазкур бо истифода аз усулҳои ғайрипараметрии маҳаки Манна-Уитни ва t -маҳаки дучонибаи Студент таҳия карда шудааст. Агар эҳтимолияти хатоҳои имконпазир (p) тибқи қадвали Студент аз 0,05% кам бошад, фарқият дуруст шуморида шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар 19 нафар бемори гурӯҳи 1 якҷояшавии сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда ва хламидиявӣ мушоҳида гардид. Инчунин дар қиёс бо гурӯҳи назоратӣ микст-инфексия ва простатити музмин 1,4 маротиба бештар вомерханд.

Муолиҷаро ҳамаи беморони гурӯҳи 1 ба хубӣ гузарониданд, таъсири дуюмдараҷаи иловагӣ ва оризаҳо баъди гузаронидани муолиҷа мушоҳида нагашт.

Шикоятҳои субъективӣ (эҳсосоти дизурикӣ) дар беморони уретрити музмини хламидиявӣ (УМХ) ба ҳисоби миёна аз рӯзи 3,3±0,3 кам шудан гирифтанд ва беморони УМХ пурра бо натиҷаи мусбӣ муолиҷаро ба ҳисоби миёна баъди 10,6±1,1 рӯз гузаштанд. Аломатҳои объективӣ (тарашшуҳ аз пешоброҳа, ва-

рам, гиперемия ва часпиши лабҳои пешоброҳа) дар беморони УМХ ба ҳисоби миёна аз рӯзи 3,6±0,4 кам шудан гирифтанд, натиҷаи пурраи мусбӣ муолиҷа беморон баъди 13,6±1,3 рӯз ба қайд гирифта шуданд.

Дар беморони ПМХ ихтилоли дизурикӣ ба ҳисоби миёна баъди 16,5±1,5 рӯз кам шуд. Аломатҳои объективӣ (тарашшуҳот аз пешоброҳа, часпиши лабҳои пешоброҳа) бо натиҷаҳои мусбӣ муолиҷа дар беморон баъди 18,7±1,6 рӯз ошкор шуданд. Эҳсоси дард ба ҳисоби миёна баъди 8,6±0,9 рӯз кам шуд, баъди 24,5±2,3 рӯз пурра бартараф гашт.

Ихтилоли копулятивӣ ба ҳисоби миёна баъди 25,8±2,6 рӯз тадриҷан кам шудан гирифт.

Муолиҷаи этиотропӣ дар 22 (73,3%) бемори ХУГ натиҷаи мусбат дод: 8 (80%) мизоҷони УМХ ва 14 (70%) – ПМХ. Ҳангоми моноинфексия натиҷаи мусбӣ дар 9 (81,8%) ва ҳангоми микстинфексия – дар 13 (68,4%) бемор ба даст омад.

Натиҷаи манфӣ аз муолиҷаи этиологӣ дар 8 (26,7%) бемор ба мушоҳида расид, ки аз онҳо 6 нафар гирифтори бемории ПМХ буданд.

Минбаъд ба ин беморон усули маҷмӯии муолиҷа бо иммуностимулятори тимогар истифода карда шуд, ки натиҷаи мусбӣ дод.

Таъсири муолиҷаи этиологӣ ба ҳолати нишондоди иммунологии беморони хламидиозии музмини урогениталӣ дар қадвали 1 оварда шудааст.

Қадвали 1. Нишондоди иммунологии мардони бемори ХУГ дар ҷараёни муолиҷаи этиологӣ

Нишондод	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Беморон (n=30)	
		То муолиҷа	Баъди муолиҷа
Лимфоситҳо, $\times 10^9$ /л	2,15±0,15	1,98±0,13	2,05±0,13
Лимфоситҳо, %	31,2±1,6	28,1±1,4	29,6±1,6
CD ₃ (Т-лимфоситҳо), %	72,5±2,9	66,9±2,1	68,2±2,2
CD ₄ (Т-хелперҳо), %	45,7±2,4	33,8±1,7 ⁴	36,7±2,0 ²
CD ₈ (Т-супрессорҳо), %	24,8±1,5	20,6±1,4 ¹	21,8±1,5
CD ₄ / CD ₈	1,84±0,14	1,64±0,13	1,68±0,13
CD ₁₉ (В-лимф.), %	13,9±0,9	17,3±1,3 ¹	15,9±1,2
IgA, г/л	2,13±0,15	2,45±0,19	2,25±0,18
IgM, г/л	1,57±0,12	2,02±0,16 ¹	1,83±0,15
IgG, г/л	10,8±0,7	15,4±1,2 ³	14,2±1,1 ²
КДМ, г/л	2,32±0,15	3,33±0,18 ⁴	2,86±0,17 ¹
ФФЛ, %	70,4±5,1	51,9±4,3 ³	56,6±4,4 ¹
МФ	6,5±0,5	4,1±0,5	5,1±0,5
ОНВ- α , пг/мл	1,64±0,11	2,52±0,17 ⁴	2,13±0,16 ²
ИЛ-1 β , пг/мл	1,87±0,14	2,78±0,22 ³	2,46±0,19 ¹
ИЛ-10, пг/мл	13,55±0,94	9,08±0,84 ³	11,25±0,86
sIg A, мг/мл	0,17±0,01	0,08±0,01 ⁴	0,13±0,01 ²
IgG, мг/мл	0,66±0,05	0,52±0,05 ¹	0,55±0,05
IgG1, мг/мл	0,34±0,03	0,30±0,03	0,32±0,03
IgG 2, мг/мл	0,19±0,02	0,14±0,01 ¹	0,16±0,01
IgG 3, мг/мл	0,14±0,01	0,07±0,01 ⁴	0,11±0,01 ¹

Эзоҳ: дурусти фарқият ба нишондоди гурӯҳи назоратӣ: 1 – $p < 0,05$; 2 – $p < 0,02$; 3 – $p < 0,01$; 4 – $p < 0,01$.

Дар натиҷа аз 21 нишондиҳандаи иммунологии таҳқиқшуда 14 нишондиҳанда тағйир ёфтаанд: CD4 ($p < 0,001$), CD8 ($p < 0,05$) ва CD19-лимфоситҳо ($p < 0,05$), IgM ($p < 0,05$), IgG ($p < 0,01$), КДМ ($p < 0,001$), ФФЛ ($p < 0,01$), ОНВ- α ($p < 0,001$), ИЛ-1 β ($p < 0,01$), ИЛ-10 ($p < 0,01$), sIgA ($p < 0,001$), IgG ($p < 0,05$), IgG2 ($p < 0,05$) ва IgG3 ($p < 0,001$). Пас аз давраи муолиҷаи этиологӣ 5 нишондиҳанда (CD8 ва CD19-лимфоситҳо, IgM, ИЛ-10, IgG-и тарашшӯхӣ) мӯътадил гардид.

Натиҷаҳои муолиҷаи маҷмӯи хламидиози урогениталӣ дар мардон бо истифодаи иммуностимулятори тимоген шаходат медиҳанд, ки дар 10 аз 30 нафар беморони гурӯҳи 2 бемории УМХ ва 20 нафар – бемории ПМХ муайян карда шуданд. 19 нафар беморон (5 нафар бо УМХ ва 14 нафар бо ПМХ) гирифтори микстинфексия буданд.

Дар беморони УМХ шикоят аз ихтилоли дизуриқӣ ба ҳисоби миёна аз рӯзи $3,1 \pm 0,3$ баъди оғози муолиҷа кам шуда, баъди $9,3 \pm 1,4$ рӯз натиҷаи мусбӣ табобат ба қайд гирифта шуд. Аломатҳои объективӣ (тарашшӯх аз пешоброҳа, варамнокӣ, гиперемия ва часпиши лабҳои пешоброҳа) дар беморони УМХ ба ҳисоби миёна аз рӯзҳои $3,3 \pm 0,4$ кам шуда, баъди $11,2 \pm 1,4$ рӯз ба натиҷаи мусбӣ муваффақ гаштанд.

Эҳсосоти дизуриқӣ дар беморони ПМХ ба ҳисоби миёна аз рӯзи $5,1 \pm 0,5$ кам шуда, баъди $14,6 \pm 1,4$ рӯзи табобат натиҷаи мусбӣ ҳосил шуд. Аломатҳои объективӣ (тарашшӯх аз пешоброҳа, часпиши лабҳои пешоброҳа) ба ҳисоби миёна аз рӯзи $3,3 \pm 0,4$ кам шуда, баъди $11,2 \pm 1,4$ рӯзи муолиҷа пурра бартараф шуданд.

Аломатҳои объективӣ (тарашшӯх аз пешоброҳа ва часпиши лабҳои пешоброҳа) дар беморони УМХ ба ҳисоби миёна аз рӯзи $14,8 \pm 1,5$ пурра бартараф гаштанд. Эҳсоси дард ба ҳисоби миёна баъди $7,3 \pm 0,8$ рӯз кам шуда, баъди $21,7 \pm 2,2$ рӯз пурра бартараф шуданд.

Шикоят аз ихтилоли ҳисси шаҳвонӣ ба ҳисоби миёна баъди рӯзи $21,5 \pm 2,3$ аз оғози муолиҷа кам шуданд.

Зери таъсири муолиҷаи маҷмӯи бо истифодаи тимоген дар 26 (86,7%) нафар бемор натиҷаи мусбат ба даст омад. Ҳангоми сирояти монохламидиявӣ натиҷаи мусбӣ дар 10 (90,9%) бемор (дар 100% беморони УМХ ва 83,7% - дар беморони ПМХ) ба даст омад, дар байни беморони бо микстинфексия бошад дар 16 (84,2%) нафар (дар 100% беморони УМХ ва 78,6% – ПМХ).

Муолиҷаи маҷмӯи бо истифодаи тимоген ба ихтилоли иммунологӣ дар беморони ХУГ таъсири мусбӣ расонид, ки он дар қадвали P2Роварда шудааст.

Муолиҷаи маҷмӯи бо истифодаи тимоген ба мӯътадилшавии 12 нишондоди мазкур мусоидат намуд. Фақат 2 нишондод (ИЛ-1 β ва sIgA) баъди муолиҷа бетағйир монданд, вале тамоюл ба мӯътадилшавӣ мушоҳида карда шуд.

Дар гурӯҳи сеюм (30 нафар), ки беморон табобати маҷмӯиро (этиотропӣ + иммуностимулятори тимогар) гирифтанд, дар 85% маврид ($n=26$) натиҷаи муолиҷа самарабахш буд. Муолиҷа бо тимогар бошад, дар 100% мардони бемори омехтаи УМХ ва дар 78,6% – беморони ПМХ натиҷаи мусбӣ дод.

Дар 3 нафар маҳшавии ифодаёфта масунияти ҳуҷайрагӣ мушоҳида гардид, ки ба камшавии нишондоди асосии (CD3, CD4 ва CD8 лимфоситҳо) вобаста мебошад. Баъди гузаронидани даврҳои иловагии муолиҷаи этиологӣ дар ҳамаи 3 нафар бемор натиҷаи хуб ҳосил шуд.

Ҳолати нишондоди иммунологии мардони гирифтори бемории хламидиози урогениталии музмин дар чараёни муолиҷаи маҷмӯи бо истифодаи тимогар дар қадвали 3 оварда шудааст.

Тағйирёбии нишондоди масунияти ҳуҷайрагӣ ва гуморалӣ ҳангоми муолиҷаи беморони ХУГ дар қиёс бо нишондоди шахсони солим дар 14 аз 21 нафар ба қайд гирифта шуд: CD4 ($p < 0,01$), CD8 ($p < 0,02$) лимфоситҳо, IgM ($p < 0,01$), IgG ($p < 0,02$), КДМ ($p < 0,01$), ФФЛ ($p < 0,02$), МФ ($p < 0,01$), ОНВ- α ($p < 0,001$), ИЛ-1 β ($p < 0,001$), ИЛ-10 ($p < 0,01$), sIgA ($p < 0,001$), IgG ($p < 0,02$), IgG2 ($p < 0,01$) ва IgG3 ($p < 0,02$).

Чуноне ки дар қадвали 3 нишон дода шудааст, то муолиҷа дар беморони ХУГ 15 нишондоди иммунологӣ тағйир ёфта буданд: CD3 ($p < 0,05$), CD4 ($p < 0,01$), CD8 ($p < 0,01$) лимфоситҳо, IgM ($p < 0,01$), IgG ($p < 0,05$), КДМ ($p < 0,01$), ФФЛ ($p < 0,05$), МФ ($p < 0,05$), ОНВ- α ($p < 0,001$), ИЛ-1 β ($p < 0,001$), ИЛ-10 ($p < 0,01$), sIgA ($p < 0,01$), IgG ($p < 0,02$), IgG2 ($p < 0,02$) ва IgG3 ($p < 0,05$). Баъди муолиҷа 14 аз 15 нишондоди иммунологӣ (ғайр аз ОНВ- α) ба эътидол омаданд.

Муҳокима. Дар мардон, зухуроти сирояти хламидиози музмин аз дараҷаи илтиҳобии системаи узвҳои таносул вобаста аст. Ҳамин тавр, дар баробари уретрит, аломатҳои простатит, везикулит, орхидидимит, фуникулит мушоҳида карда мешаванд [16]. Бинобар ин, ҳангоми муолиҷаи хламидиози музмини урогениталӣ истифодаи доруҳои иммуномодуляторӣ хеле муҳим аст, ки ба иммунитетӣ нейтрофил-фагоцитӣ ва Т-ҳуҷайра таъсир мерасонанд [17-20].

Хулоса. Дар байни мардони бемори дар гурӯҳи хатари баланд қарордошта дар қиёс бо гурӯҳҳои назоратӣ микстинфексия ва простатити музмин 1,4 маротиба зиёдтар вомехӯранд. Инчунин дар аксар ҳолат нороҳатӣ ва сӯзиш дар пешоброҳа, часпиши лабҳои пешоброҳа мушоҳида мегардад. Дар беморони простатити музмини хламидиявӣ бошад, нороҳатӣ дар қисмати узвҳои таносул, тарашшӯх аз пешоброҳа, дардноқӣ дар қисмати миёну чорбанд, як қатор ихтилоли ҳисси шаҳвонӣ ба қайд гирифта шуданд.

Муолиҷаи этиотропӣ ва иммуностимулярӣ бо истифодаи тимоген ҳангоми хламидиози урогениталии музмин дар мардони бемор самарабахш мебошад.

Ҷадвали 2. Нишондоди иммунологии беморони ХУГ дар ҷараёни муолиҷаи маҷмӯӣ бо истифода аз тимоген

Нишондод	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Беморон (n=30)	
		То муолиҷа	Баъди муолиҷа
Лимфоситҳо, $\times 10^9$ /л	2,15 \pm 0,15	2,09 \pm 0,13	2,19 \pm 0,12
Лимфоситҳо, %	31,2 \pm 1,6	29,9 \pm 1,4	30,5 \pm 1,6
CD ₃ (Т-лимфоситҳо), %	72,5 \pm 2,9	67,2 \pm 2,1	68,7 \pm 2,2
CD ₄ (Т-хелперҳо), %	45,7 \pm 2,4	35,1 \pm 1,7 ³	39,8 \pm 1,9
CD ₈ (Т-супрессорҳо), %	24,8 \pm 1,5	19,1 \pm 1,4 ²	22,7 \pm 1,5
CD ₄ / CD ₈	1,84 \pm 0,14	1,83 \pm 0,14	1,73 \pm 0,13
CD ₁₉ (В-лимф.), %	13,9 \pm 0,9	16,2 \pm 1,3	15,5 \pm 1,2
IgA, г/л	2,13 \pm 0,15	2,42 \pm 0,18	2,15 \pm 0,17
IgM, г/л	1,57 \pm 0,12	2,26 \pm 0,16 ³	1,93 \pm 0,16
IgG, г/л	10,8 \pm 0,7	14,3 \pm 1,2 ²	12,5 \pm 1,1
КДМ, г/л	2,32 \pm 0,15	3,09 \pm 0,18 ³	2,72 \pm 0,17
ФФЛ, %	70,4 \pm 5,1	52,5 \pm 4,3 ²	59,7 \pm 4,4
МФ	6,5 \pm 0,5	4,2 \pm 0,5 ³	5,3 \pm 0,5
ОНВ- α , пг/мл	1,64 \pm 0,11	2,57 \pm 0,17 ⁴	1,97 \pm 0,16
ИЛ-1 β , пг/мл	1,87 \pm 0,14	3,03 \pm 0,22 ⁴	2,55 \pm 0,19 ²
ИЛ-10, пг/мл	13,55 \pm 0,94	9,34 \pm 0,85 ³	11,54 \pm 0,87
sIg A, мг/мл	0,17 \pm 0,01	0,11 \pm 0,01 ⁴	0,15 \pm 0,01 ²
IgG, мг/мл	0,66 \pm 0,05	0,48 \pm 0,05 ²	0,56 \pm 0,05
IgG1, мг/мл	0,34 \pm 0,03	0,28 \pm 0,03	0,31 \pm 0,03
IgG 2, мг/мл	0,19 \pm 0,02	0,11 \pm 0,01 ³	0,16 \pm 0,01
IgG 3, мг/мл	0,14 \pm 0,01	0,10 \pm 0,01 ²	0,13 \pm 0,01

Эзоҳ: дурустии фарқият ба нишондоди гурӯҳи назоратӣ: 1 – $p < 0,05$; 2 – $p < 0,02$; 3 – $p < 0,01$; 4 – $p < 0,001$

Ҷадвали 3. Нишондоди иммунологии мардони гирифтори бемории ХУГ дар ҷараёни муолиҷаи маҷмӯӣ бо истифодаи тимогар

Нишондод	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Беморон (n=30)	
		То муолиҷа	Баъди муолиҷа
Лимфоситҳо, $\times 10^9$ /л	2,15 \pm 0,15	2,11 \pm 0,13	2,16 \pm 0,13
Лимфоситҳо, %	31,2 \pm 1,6	27,9 \pm 1,4	29,4 \pm 1,5
CD ₃ (Т-лимфоситҳо), %	72,5 \pm 2,9	65,1 \pm 2,1 ¹	67,7 \pm 2,2
CD ₄ (Т-хелперҳо), %	45,7 \pm 2,4	35,3 \pm 1,8 ³	40,4 \pm 1,9
CD ₈ (Т-супрессорҳо), %	24,8 \pm 1,5	18,8 \pm 1,4 ³	22,2 \pm 1,5
CD ₄ / CD ₈	1,84 \pm 0,14	1,88 \pm 0,13	1,82 \pm 0,13
CD ₁₉ (В-лимф.), %	13,9 \pm 0,9	16,9 \pm 1,3	14,8 \pm 1,2
IgA, г/л	2,13 \pm 0,15	2,21 \pm 0,18	2,09 \pm 0,17
IgM, г/л	1,57 \pm 0,12	2,29 \pm 0,16 ³	1,88 \pm 0,16
IgG, г/л	10,8 \pm 0,7	14,6 \pm 1,2 ¹	13,1 \pm 1,2
КДМ, г/л	2,32 \pm 0,15	3,04 \pm 0,18 ³	2,74 \pm 0,17
ФФЛ, %	70,4 \pm 5,1	55,4 \pm 4,4 ¹	58,5 \pm 4,3
МФ	6,5 \pm 0,5	5,1 \pm 0,5 ¹	5,5 \pm 0,5
ОНВ- α , пг/мл	1,64 \pm 0,11	2,85 \pm 0,17 ⁴	2,18 \pm 0,17 ²
ИЛ-1 β , пг/мл	1,87 \pm 0,14	3,06 \pm 0,23 ⁴	2,34 \pm 0,21
ИЛ-10, пг/мл	13,55 \pm 0,94	9,66 \pm 0,86 ³	11,54 \pm 0,86
sIg A, мг/мл	0,17 \pm 0,01	0,12 \pm 0,01 ³	0,15 \pm 0,01
IgG, мг/мл	0,66 \pm 0,05	0,46 \pm 0,05 ²	0,54 \pm 0,05
IgG1, мг/мл	0,34 \pm 0,03	0,26 \pm 0,03	0,30 \pm 0,03
IgG 2, мг/мл	0,19 \pm 0,02	0,13 \pm 0,01 ²	0,15 \pm 0,01
IgG 3, мг/мл	0,14 \pm 0,01	0,11 \pm 0,01 ¹	0,13 \pm 0,01

Эзоҳ: дурустии фарқият ба нишондоди гурӯҳи назоратӣ: 1 – $p < 0,05$; 2 – $p < 0,02$; 3 – $p < 0,01$; 4 – $p < 0,001$.

АДАБИЁТ / REFERENCES

1. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для врачей. М.: Медицинская книга, 2004: 434. Adaskevich V.P. Infektsii, peredavayemye polovym putem [Sexually transmitted infections]. Rukovodstvo dlya vrachev. M.: Meditsinskaya kniga. 2004: 434.
2. Асхаков М.С. Инфекции, передаваемые половым путем: старая проблема – новое решение. Вестник молодого ученого. 2016; 2(13): 7-11. Askhakov M.S. Infektsii, peredavayemye polovym putem: staraya problema – novoye resheniye [Sexually transmitted infections: an old problem, a new solution]. Vestnik mladogo uchenogo. 2016; 2(13): 7-11.
3. Rowley J., Korenromp E., Low N., Unemo M., Abu-Raddad L.J., Chico R.M. et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates. Bull World Health Organ. 2019; 97(8): 548-562P. doi: 10.2471/BLT.18.228486.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance. Atlanta, GA: Department

- of Health and Human Services; October 2016.
5. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs), fact sheet No 110. Geneva: WHO; 2015.
 6. Европейские рекомендации по диагностике и лечению инфекций, вызываемых *Chlamydia trachomatis*. International Union against Sexually Transmitted Infections. - М.: 2013: 27.
 7. Liu N, Wang Y, Emmanuel AW, You X, Liu J, Li Z, Wu Y, Zhong G.A primary study on genes with selected mutations by in vitro passage of *Chlamydia muridarum* strains. *Pathog Diseases*. 2019; 77(3): ftz017. doi: 10.1093/femspd/ftz017
 8. Horner P.J., Blee K., Falk L. European guideline on the management of non-gonococcal urethritis. *Int. JSTD and AIDS*. 2016; 27(11): 928-937.
 9. Global Infectious Diseases and Epidemiology Network. *Chlamydia Infections, Worldwide*. 2017: 23.
 10. Orellane M.A., Gomez M., Sanchez M.T., Fernandez-Chacon T. Diagnosis of urethritis in men. A 3-year review. *Rev. Esp. Quimioter*. 2009; 22(2): 83-87.
 11. Чеботарёв В.В., Асхаков М.С., Чеботарёва Н.В. Современные аспекты хламидийной и микоплазменной инфекций: монография. Saarbrücken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing RU. 2017: 288. Chebotarov V.V., Askhakov M.S., Chebotarova N.V. *Sovremennyye aspekty khlamidiynoy i mikoplazmennoy infektsiy* [Modern aspects of chlamydial and mycoplasmal infections]: monografiya. Saarbrücken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing RU. 2017: 288.
 12. Moazenchi M., Totonchi M., Salman Y.R., Hratian K., Mohseni M.A., Ahmadi P.M., Chehrazi M., Mohseni M.A. The impact of *Chlamydia trachomatis* infection on sperm parameters and male fertility: A comprehensive study. *Int J STD AIDS*. 2018; 29(5): 466-473. doi: 10.1177/0956462417735245.
 13. Newman L., Rowley J., Vander H.S., Wijesooriya N.S., Unemo M., Low N. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. *PLoS One*. 2015; 10(12): e0143304.
 14. Молочков В.А., Мугутдинова А., Балюра Е. Терапия хронического осложненного урогенитального хламидиоза. *Врач*. 2010; 1: 48-50. Molochkov V.A., Mугутдинова А., Balyura Ye. *Terapiya khronicheskogo oslozhnennogo urogenital'nogo khlamidioza* [Treatment of chronic complicated urogenital chlamydia]. *Vrach*. 2010; 1: 48-50.
 15. Мавров Г.И., Чинов Г.П., Щербак Ю.В. Особенности применения азитромицина («Сумамед») в лечении хронического урогенитального хламидиоза. *Дерматология, венерология и косметология*. 2010; 1 (36): 97-100. Mavrov G.I., Chinov G.P., Shcherbakova Yu.V. *Osobennosti primeneniya azitromitsina («Sumamed») v lechenii khronicheskogo urogenital'nogo khlamidioza* [Features of the use of azithromycin ("Sumamed") in the treatment of chronic urogenital chlamydia]. *Dermatologiya, venerologiya i kosmetologiya*. 2010; 1 (36): 97-100.
 16. Летяева О.И., Гизингер О.А., Зиганшин О.Р. Вопросы эффективности и безопасности иммуномодулирующей терапии в лечении хламидийно-герпетической инфекции урогенитального тракта. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012; 3: 65-70. Letyayeva O.I., Gizinger O.A., Ziganshin O.R. *Voprosy effektivnosti i bezopasnosti immunomoduliruyushchey terapii v lechenii khlamidiyno-gerpeticheskoy infektsii urogenital'nogo trakta* [Issues of efficacy and safety of immunomodulatory therapy in the treatment of chlamydial-herpetic infection of the urogenital tract]. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2012; 3: 65-70.
 17. Свистунов А.А. Об эффективности иммунотерапии осложненного урогенитального хламидиоза. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2005; 2: 42-49. Svistunov A.A. *Ob effektivnosti immunoterapii oslozhnennogo urogenital'nogo khlamidioza* [On the effectiveness of immunotherapy for complicated urogenital chlamydia]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2005; 2: 42-49.
 18. Камалов А.А., Ефремов Е.А., Дорофеев С.Д., Третьяков А.А., Охоботов Д.А. Клинико-иммунологическое обоснование интерферонотерапии при хроническом бактериальном простатите. *Урология*. 2010; 1: 34-38. Kamalov A.A., Yefremov Ye.A., Dorofeyev S.D., Tret'yakov A.A., Okhobotov D.A. *Kliniko-immunologicheskoye obosnovaniye interferonoterapii pri khronicheskom bakterial'nom prostatite* [Clinical and immunological substantiation of interferon therapy in chronic bacterial prostatitis]. *Urologiya*. 2010; 1: 34-38.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

FINANCING

There was no financial support.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declares no conflict of interest.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

* **Сангов Бобохон Чилаевич** – кандидат медицинских наук, директор ГОУ «Медицинский колледж города Вахдата».

E-mail: bobokhon_72@mail.ru

Таварова Назира Мирзоалиевна – заведующая отделением гинекологии ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана»

Турсунов Рустам Абдусаматович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»; заместитель декана по науке и международным связям медицинского факультета Таджикского национального университета.

E-mail: trustam.art@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-5518-6258

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

***Sangov Bobokhon Chilayevich** – Candidate of Medical Sciences, Director of the SEI "Medical College of the City of Vahdat".

E-mail: bobokhon_72@mail.ru

Tavarova Nazira Mirzoalievna – Head of the Department of Gynecology, State Institution "Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of Tajikistan"

Tursunov Rustam Abdusamadovich – Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine"; Deputy Dean for Science and International Relations, Faculty of Medicine, Tajik National University.

E-mail: trustam.art@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-5518-6258

* **Автор для корреспонденции.**

Хирургическое лечение посттромботической болезни нижних конечностей

Ф.М. Махмадализода, П.Ф. Гиёсова

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Аннотация

В обзоре литературы представлены вопросы диагностики нарушения венозной гемодинамики и выбора оптимальных способов хирургической коррекции посттромботической болезни нижних конечностей.

Результаты анализа источников подчёркивают мультиполярность взглядов на лечение посттромботической болезни нижних конечностей и отсутствие унифицированного подхода к её диагностике и комплексному лечению.

Анализ литературы свидетельствует о том, что проблема лечения посттромботической болезни нижних конечностей далека от своего решения. В хирургическом лечении данной патологии нет комплексного подхода. Обсуждаются отдельные виды оперативного лечения, методы малоинвазивной хирургии, которые, по существу направлены на отдельные механизмы развития хронической венозной недостаточности при посттромботической болезни. Также остаются неопределёнными показания и выбор методов хирургического лечения в зависимости от характера и распространённости посттромботического процесса.

Ключевые слова:

посттромботическая болезнь, хроническая венозная недостаточность, нарушение венозной гемодинамики, малоинвазивная хирургия, обзор

Для цитирования:

Махмадализода Ф.М., Гиёсова П.Ф. Хирургическое лечение посттромботической болезни нижних конечностей. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2022; 3(1): 25-31.

Актуальность. Посттромботическая болезнь (ПТБ) нижних конечностей является одной из основных причин развития хронической венозной недостаточности (ХВН), отличающейся тяжёлым, прогрессирующим течением, высокой инвалидизацией, и являющейся социально-экономической проблемой, требующего огромных затрат на её лечение [1].

ХВН является самой распространённой патологией в структуре сосудистых заболеваний. Так, по оценкам независимых экспертов ВОЗ, данная патология наблюдается у 15-50% взрослого населения большинства стран Европы и Северной Америки [2].

Экономическое значение ХВН иллюстрирует и тот факт, что в странах Европейского сообщества на её лечение расходуется от 1,5 до 3,0% от общего бюджета здравоохранения [3, 4].

Довольно интересным представляются результаты исследований, приведенные профессором С.Аллегре в статье «Хроническая венозная недостаточность: влия-

ние реформ здравоохранения на стоимость лечения и госпитализации. Итальянская перспектива» [5]. Отмечено, что во Франции стоимость лечения одного пациента с трофической язвой нижних конечностей составляет 3600 евро. Общие прямые затраты на лечение пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей в Италии находятся в пределах 330 миллионов евро, а финансовые затраты, связанные с потерей трудоспособности из-за этой патологии в Германии составляют 448 миллионов евро.

По данным P.Bonadeo et al. [6] в 1991 году затраты на стационарное лечение одного пациента с трофической язвой составили 1326 евро. При экстраполяции данных по Ломбардии на всю Италию эта цифра составила 210 миллионов евро. Финансовые затраты на препараты, назначаемые по поводу ХВН, составили 115 миллионов евро, а затраты на консультации врача общей практики – 35,4 миллиона евро. Проведение реформы здравоохранения привело к существенным из-

DOI: 10.54538/27075265_2022_3_1_25

Surgical treatment of post-thrombotic disease of the lower limb

F.M. Mahmadalizoda, P.F. Giyosova

State Institution "Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population Republic of Tajikistan

Abstract

The review of the literature presents the issues of diagnosing venous hemodynamic disorders and choosing the best methods for surgical correction of post-thrombotic disease of the lower extremities.

The results of the analysis of sources emphasize the multipolarity of views on the treatment of post-thrombotic lower limb disease and the lack of a unified approach to its diagnosis and complex treatment.

An analysis of the literature indicates that the problem of treating postthrombotic lower extremity disease is far from being solved. There is no comprehensive approach in the surgical treatment of this pathology. Discussed are certain types of surgical treatment, methods of minimally invasive surgery, which, in essence, are aimed at certain mechanisms of the development of chronic venous insufficiency in post-thrombotic disease. The indications and the choice of surgical treatment methods, depending on the nature and extent of the post-thrombotic process, also remain uncertain.

Key words:

post-thrombotic disease, chronic venous insufficiency, impaired venous hemodynamics, minimally invasive surgery, review

For citation:

Mahmadalizoda F.M., Giyosova P.F. Surgical treatment of post-thrombotic disease of the lower limb. *Eurasian Scientific and Medical Journal «Sino»*. 2022; 3(1): 25-31.

менениям в структуре основных показателей. И так, в 1999 году реформа в Италии привела к прямой экономии в 54,4 миллиона евро в год. Однако, общие ежегодные затраты департамента здравоохранения выросли на 23,6 миллионов евро за счёт увеличения затрат на госпитализацию.

В Великобритании по данным Negus D. [7] на лечение одного пациента с трофической язвой расходуется в течение года от 1200 до 5200 евро.

Проблема хронической венозной недостаточности, осложнённая трофическими язвами как на почве варикозной, так и посттромботической болезнью (класс – С6 по классификации СЕАР) привлекает в последнее время пристальное внимание флебологов. Это связано с отсутствием единых взглядов на тактику и значительными экономическими потерями при лечении данной группы больных [8].

Крупные европейские эпидемиологические исследования подтвердили высокую распространённость ХВН в популяции в абсолютных цифрах, хотя отмечена явная тенденция уменьшения частоты распространённости осложнённых форм ХВН [9]. Венозная трофическая язва является финалом прогрессирования ХВН, лечение которой является трудной задачей. Зажившие трофические язвы, в результате длительной консервативной терапии, имеют тенденцию к рецидивирова-

нию [10].

В последнее время явно уменьшилось число публикаций, освещающих проблемы реконструктивной хирургии посттромботической болезни. Вероятно, это обусловлено, с одной стороны, тем, что в последнее время резко усилилась пропаганда консервативной терапии и малоинвазивной хирургии, с другой стороны, возможно, неудовлетворённостью результатами сложных, трудоёмких реконструктивных операций. Реальная оценка эффективности малоинвазивной хирургии, а также проведение троакарной технологии эндоскопической диссекции перфорантных вен позволяют делать вывод, что они устраняют лишь один компонент сложной патологической венозной гемодинамики при посттромботической болезни. Это применение в изолированном виде является, несомненно, недостаточным.

В настоящее время разработка и внедрение в клиническую практику программы комплексного подхода к лечению ПТБ нижних конечностей являются очередной ступенью в процессе совершенствования способов, направленных на улучшение результатов лечения [11].

На данном этапе достижений в хирургии нет унифицированного единого оперативного вмешательства при ПТБ из-за разнообразности и распространённости

посттромботических изменений различных сегментов глубокой венозной системы нижних конечностей. Обсуждаются отдельные виды оперативного лечения, методы малоинвазивной хирургии, которые, по существу направлены на отдельные механизмы развития ХВН при посттромботической болезни. Также остаются неопределёнными показания и выбор методов хирургического лечения в зависимости от характера и распространённости посттромботического процесса.

Главная задача хирургического лечения ПТБ состоит в устранении гипертензии и создании физиологических условий для венозного оттока крови посредством восстановления клапанного аппарата глубоких вен [12, 13]. Пути, по которым ведётся поиск в этом направлении, чрезвычайно разнообразны [14].

Удаление поверхностных патологически изменённых вен и перевязки перфорантных вен дают временный эффект, тогда, как другие авторы отмечают хорошие результаты при комбинации иссечения расширенных подкожных вен и диссекции перфорантных вен [15]. Спустя несколько лет вновь клиника ХВН прогрессирует, возникают дерматит, индуративный целлюлит, образуются язвы. Консервативное лечение этим больным, в основном, проводятся амбулаторно, заключается в местном применении различных средств и эластических повязок. Такую тактику лечения посттромботической болезни нельзя считать рациональной [16].

В настоящее время разработка и внедрение в клиническую практику программы комплексного подхода к лечению ПТБ нижних конечностей являются очередной ступенью в процессе совершенствования способов, направленных на улучшение результатов лечения. В основу концепции комплексной программы заложена идея сочетания оперативного лечения и комплексной терапии ПТБ нижних конечностей, как основного способа предоперационной подготовки тканей, послеоперационного восстановления венозного кровотока и постоянной реабилитации [17], а также консервативной терапии ПТБ, как самостоятельного способа лечения [18].

Наличие противопоказаний или отсутствие показаний к оперативному лечению служит основанием для проведения только лишь консервативной терапии.

В I стадии ПТБ оперативное лечение применяется крайне редко, но имеются сообщения о дистальном наложении АВ-фистулы для ускорения процесса реканализации [19, 20]. Во II стадии ПТБ обычно имеются показания для широкого применения пластических и реконструктивных операций [21, 22]. В III стадии болезни, наиболее тяжёлой, показания к оперативному лечению устанавливаются чаще, но получить хорошие результаты сложно, так как в процессе развития заболевания нередко утрачивается возможность выполнения реконструктивных операций [23].

Экспериментальные операции на венозных клапанах были начаты в начале 50-х [24] и продолжены А.МcLaghlin в 1960-х годах (1965) [25]. Следующим

принципиальным моментом в развитии техники непосредственных реконструкций на венах послужило внедрение R.L.Kistner в 1968 г. «пластики клапанов», однако его операция стала общеизвестной уже после 1975 г. [26]. Трудно переоценить дополнительный вклад R.L.Kistner, т.е. перемещение венозного сегмента, в проблему возврата венозного тока крови через состоятельный проксимальный клапан. Он выявил, что сочетание прямой венозной реконструкции и традиционного лечения обеспечивает хорошие и отличные отдалённые результаты более чем у 80% пациентов [27]. Н.М. Burkhardt et al. (1997) [28] в эксперименте показали возможность реконструкции глубоких вен с использованием крио резервированных венозных клапанов.

Хорошо разработанным аспектом в лечении ПТБ является коррекция венозного кровотока при односторонних окклюзиях подвздошных вен. Операция Пальма-Эсперона по сегодняшний день широко применяется во всём мире [29-31]. Изолированные окклюзии подвздошных вен встречаются относительно редко. Обычно они сочетаются с распространёнными посттромботическими изменениями других сегментов глубоких вен нижних конечностей, и сопровождаются выраженными нарушениями оттока крови. Многие авторы отмечают улучшение результатов перекрёстного шунтирования в условиях ускоренного кровотока [30-32]. В то же время ряд исследователей выступают против использования вспомогательных АВ-фистул при реконструктивных операциях [15].

Альтернативой перекрёстного бедренно-бедренного аутовенозного шунтирования при окклюзиях подвздошной вены является коррекция надлобкового перетока. Как известно, надлобковая коллатераль – наиболее мощное русло компенсации венозного оттока при окклюзии подвздошных вен, но с течением времени она теряет свою роль в результате варикозного расширения и удлинения, и становится дополнительным депо крови. К достоинствам данной операции следует отнести, как считает Богданов А.Е. (1993) [33], что эта операция выполняется только при варикозном изменении надлобковой вены, когда её компенсаторная функция утрачена, даже если в послеоперационном периоде наступит тромбоз шунта, ухудшение оттока крови из конечности не произойдёт. Более того, остаётся возможность выполнения обычного перекрёстного бедренно-бедренного шунтирования.

Одним из широко применяемых методов хирургического лечения ПТБ до настоящего времени является перевязка перфорантных вен голени, направленная на устранение горизонтального рефлюкса. Впервые R.Linton (1938) [34] подчеркивал значение перевязки несостоятельных коммуникантных вен с использованием медиального продольного доступа вне зоны кожных изменений, вызванных хронической венозной недостаточностью. Хирургическое лигирование несостоятельных перфорантных вен нижних конечностей при венозных язвах даёт хорошие отдалённые резуль-

таты в отношении заживления язв. Однако, эти операции в последние годы применяются редко. В связи с проблемами заживления послеоперационных ран (до 50%) по некоторым исследованиям, необходимостью продолжительного госпитального периода и недостаточностью данных, демонстрирующих преимущества этого метода лечения в контексте рандомизированных контролируемых исследований, проводятся в течение длительного периода времени. В настоящее время с появлением высокой технологии в большинстве случаев открытого способа перевязки коммуникантных вен заменил эндоскопическое субфасциальное пересечение перфорантных вен.

Впервые Науер в 1985 году применил эндоскоп для введения в субфасциальное пространство по медиальной поверхности голени, через небольшой разрез в её верхней части с последующим продвижением вниз и пересечением перфорантных вен под прямым визуальным контролем. Сообщение Науер о применении этой методики было опубликовано на немецком языке в 1985 г., и не было широко известно до момента первой публикации на английском языке, сделанной Fisher в 1989 году [35]. В настоящее время эта методика известна, как эндоскопическое субфасциальное пересечение перфорантных вен (ЭСППВ), и широко применяется во всём мире. Имеются значительные противоречия в показаниях к выполнению ЭСППВ. Недостаточность глубоких вен не является противопоказанием, и у этих пациентов могут наблюдаться значительные улучшения. Однако, полная непроходимость глубоких вен является абсолютным противопоказанием, поскольку в этой ситуации перфорантные вены служат необходимыми путями коллатерального венозного оттока [36].

В литературе опубликованы результаты нескольких тысяч операций ЭСППВ. Fisher в 1989 г. представил отличные технические результаты, полученные на 463 больных [37]. Однако, в этой публикации не приводятся отдалённые результаты. Vergan и соавт. в 1996 году описали результаты ЭСППВ на 31 нижней конечности [38]. В этой группе у 13 больных отмечались хронические или рецидивирующие венозные трофические язвы, из которых 11 (86%) зажили в течение 8 недель после операции. В 1997 году были опубликованы результаты Североамериканского ЭСППВ – исследования (NASEPS). Изучено 155 операций ЭСППВ, выполненных у 148 больных. Ранее летальные исходы или тромбоз глубоких вен не выявлены. Частота инфицирования ран составила 5%, в основном, среди больных с открытыми венозными язвами. Заживление язв к 6-му месяцу после операции составило 80%.

Современными направлениями в лечении венозных трофических язв являются компрессионная терапия и хирургическое лечение [39]. Для ликвидации трофической язвы рекомендуют иссечение язвы с измененными тканями: подкожную клетчатку, фасции, мышцы (Shave therapy) с последующей свободной аутодермопластикой, расщепленным кожным лоскутом

[40]. Консервативное лечение, в основном, проводится с целью предоперационной подготовки, так как рецидивы трофической язвы остаются высокими.

Другим направлением в лечении ПТБ является устранение абсолютной клапанной недостаточности глубоких вен бедра.

По-прежнему, дискуссионным остаётся вопрос о показаниях и возможностях хирургической коррекции клапанной недостаточности глубоких вен.

В настоящее время предложено много методик по устранению клапанной недостаточности глубоких вен. Среди них определенное место занимают методы создания искусственных аутовенозных клапанов из стенки магистральных вен.

Первое сообщение о возможности формирования искусственного клапана появилось в 1953 г. В. Eiseman и W. Malette описали технику формирования клапана путем вворачивания стенки вены в её просвет с помощью швов, накладываемых по оси вены. Э.О. Тюндер и Э.И.Сепп (1974) предложили создать искусственный клапан из стенки вены путём пересечения бедренной вены и погружения её дистального конца в проксимальный, а В.М. Лещенко и А.А. Алексеев в 1977 г. предложили методику инвагинации дистального отдела вены в проксимальный, после пересечения наружной и средней оболочек в просвет вены вворачивается лишь внутренняя оболочка [41].

М.Г. Магомедов с соавторами в 2005 г. сообщили о разработке нового метода интравазальной аутовенозной пластики клапанов, основанного на принципе изготовления «чернильницы-непроливайки», и созданием формы двух створок [42]. Авторами этим методом было прооперировано 29 больных с посттромбофлебическим синдромом. В ближайшем послеоперационном периоде положительные результаты были получены у 96,5%, в отдалённом – у 92% пациентов.

Особое место среди операций резекции глубоких вен, которая не потеряла своё значение до настоящего времени, занимает дистальная резекция задних берцовых вен [43]. Наиболее мощной насосной функцией обладают икроножные мышцы, поэтому реканализация глубоких вен на уровне бедра в пределах бедра и даже верхней трети голени служит препятствием на пути оттока крови. Резекция заднеберцовых вен в нижней трети голени на уровне её, преимущественно, сухожильной части, напротив, способствует улучшению насосной функции мышечно-венозной «помпы» голени, так как обеспечивается централизация кровотока.

Для устранения рефлюкса в процессе реканализации поверхностной бедренной вены были предложены, и активно пропагандировались Веденским А.Н. (1986) реконструкции оттока крови из бедренной вены в другие интактные вены [15]. Существуют различные варианты этих переключающих операций, но сущность операций остаётся одинаковой. Первый вариант – направление кровотока из поверхностной бедренной вены в большую подкожную вену; второй

– направление кровотока из бедренной вены в глубокую бедренную вену и третий вариант – направление кровотока в латеральную вену, огибающей бедренную кость. Непременными условиями, определяющими возможность выполнения такого рода реконструктивных операций, являются наличие свободного оттока по подвздошной вене и наличие интактных клапанов в венах, куда направляется кровоток. Впервые о такой операции сообщили R. Warren и T. Thayer (1954) [44].

Вышеизложенное объясняет мультиполярность взглядов на лечение посттромботической болезни нижних конечностей и отсутствие унифицированного подхода к её диагностике и комплексному лечению.

Заключение. Анализ литературы свидетельствует о том, что проблема лечения посттромботической болезни нижних конечностей далека от своего решения. Зачастую, посттромботическая болезнь, как одна из причин развития хронической венозной недостаточности, рассматривается вместе с варикозной болезнью. В хирургическом лечении данной патологии нет комплексного подхода. Обсуждаются отдельные виды оперативного лечения, методы малоинвазивной хирургии, которые, по существу направлены на отдельные механизмы развития хронической венозной недостаточности при посттромботической болезни. Также остаются неопределёнными показания и выбор методов хирургического лечения в зависимости от характера и распространённости посттромботического процесса.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Флебология: Руководство для врачей под ред. В.С. Савельева. М.; Медицина. 2001; 641. Savel'yev V.S., Gologorskiy V.A., Kiriyeenko A.I. Flebologiya: Rukovodstvo dlya vrachey pod red. V.S. Savelyeva [Phlebology: A Guide for Physicians, ed. V.S. Savelyeva]. M.; Meditsina. 2001; 641.
2. Богачёв В.Ю. Новые данные о хронической венозной недостаточности: от эпидемиологии к лечению. Ангиология и сосудистая хирургия. 2002; 8(2): 119-126. Bogachev V.YU. Novyye dannyye o khronicheskoy venoznoy nedostatochnosti: ot epidemiologii k lecheniyu [New data on chronic venous insufficiency: from epidemiology to treatment]. Angiologiya i sosudistaya khirurgiya. 2002; 8(2): 119-126.
3. Савельев В.С. Настоящее и будущее флебологии в России. Флебологическая. 2000; 9: 2-4. Savel'yev V.S. Nastoyashcheye i budushcheye flebologii v Rossii [Present and future of phlebology in Russia]. Flebolimfologiya. 2000; 9: 2-4.
4. Стойко Ю.М., Ермаков Н.А. Клинические и фармакоэкономические аспекты хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия. 2004; 10(4): 63-67. Stoyko YU.M., Yermakov N.A. Klinicheskiye i farmakoeconomicheskiye aspekty khronicheskoy venoznoy nedostatochnosti nizhnikh konechnostey [Clinical and pharmacoeconomic aspects of chronic venous insufficiency of the lower extremities]. Angiologiya i sosudistaya khirurgiya. 2004; 10(4): 63-67.
5. Allegra C. Chronic venous insufficiency: the effects of health-care reforms on the cost of treatment and hospitalization – an Italian perspective. Current medical Res. Opinion. 2003; 19(8): 761-769.
6. Bonadeo P, Mondant P, Brambilia S, Agus G.B. Insufficienza venosa cronica, Un'indagine epidemiologica con i medici di famiglia. Minerva Cardioangiol. 2000; 48(12) (suppl. 2): 14-18.
7. Negus D. Venous return to the lower limb: muscle pumps, normal and abnormal function. In Leg Ulcers: A Practical Approach to management, ed.D.Negus. Butterworth-Heinemann, Oxford. 1995: 30-41.
8. Hafner J., Ramelet A.A., Schmeller W., Brunner U.V. Management of Leg Ulcers. Curr.Probl. Dermatol. 1999; 27: 145-147.
9. European Venous Forum. Scientific Programme and Book of Abstracts. Edizioni Minerva Medica. Turin. 2002.
10. Padberg F.T., Pappas P.J., Araki C.J. et al. Hemodynamic and clinical improvement after superficial vein ablation in primary combined venous insufficiency with ulceration. Vascular Surgery. 1996; 24: 711-718.
11. Султанов Д.Д., Усманов Н.У., Гульмурадов Т.Г. и др. Комплексный подход к лечению венозных трофических язв. Материалы 13-й (XVII) международной конференции Росс. общ. ангиологов и сосудистых хирургов. Ярославль 2002. Ангиология и сосудистая хирургия (прилож.). 2002; 3: 167-168. Sultanov D.D., Usmanov N.U.,

- Gul'muradov T.G. i dr. Kompleksnyy podkhod k lecheniyu venoznykh troficheskikh yazv [An integrated approach to the treatment of venous trophic ulcers]. *Materialy 13-y (XVII) mezhdunarodnoy konferentsii Ross. obshch. angiologov i sosudistyykh khirurgov. Yaroslavl' 2002. Angiologiya i sosudistaya khirurgiya (prilozh.)*. 2002; 3: 167-168.
12. Гавриленко А.В., Скрылев С.И. Радкевич Ф.А. Хирургические методы коррекции клапанной недостаточности глубоких вен нижних конечностей (Обзор литературы). *Ангиология и сосудистая хирургия*. 1997; 2: 127-134. Gavrilenko A.V., Skrylev S.I. Radkevich F.A. Khirurgicheskiye metody korrektsii klapannoy nedostatochnosti glubokikh ven nizhnikh konechnostey (Obzor literatury) [Surgical methods for correcting valvular insufficiency of the deep veins of the lower extremities (Literature review)]. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 1997; 2: 127-134.
 13. Игнатъев И.М., Петрушенко Ю.Я. Математическое моделирование операции перекрестного шунтирования при посттромботической болезни. *Казанский медицинский журнал*. 1998; 1: 38-40. Ignat'yev I.M., Petrushenko Yu.Ya. Matematicheskoye modelirovaniye operatsii perekrestnogo shuntirovaniya pri posttromboticheskoy bolezni [Mathematical modeling of cross bypass surgery in post-thrombotic disease]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 1998; 1: 38-40.
 14. Веденский А.Н. Посттромботическая болезнь. Л.: Медицина. 1986: 240. Vedenskiy A.N. Posttromboticheskaya bolezni' [Post-thrombotic disease]. L.: Meditsina. 1986: 240.
 15. Игнатъев И.М., Ахунова С.Ю., Бредихин Р.А. Возможности дуплексного сканирования при реконструкции магистральных вен. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2003; 9(1): 46-45. Ignat'yev I.M., Akhunova S.YU., Bredikhin R.A. Vozmozhnosti dupleksnogo skanirovaniya pri rekonstruktsii magistral'nykh ven [Possibilities of duplex scanning in the reconstruction of the main veins]. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 2003; 9(1): 46-45.
 16. Eiseman B. Balette W. An operative technique for the construction of venous valves. *Surgery Gynecol Obstet*. 1953; 97: 731-734.
 17. Lafrati M., Welch H., O'Donnel T. Subfascial endoscopic perforator ligation: an analysis of early clinical outcomes and cost. *Vascular Surgery*. 1997; 6: 995-1001.
 18. Gloviczki P. And Pairolero P.C. Prosthetic replacement of large veins. In *Atlas of venous surgery*, ed J.J.Bergan. 1992: 191-214.
 19. Веденский А.Н., Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В. и др. Перекрёстное аутовенозное шунтирование при односторонних окклюзиях подвздошных вен. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 1997; 4: 11-25. Vedenskiy A.N., Stoyko Yu.M., Shaydakov Ye.V. i dr. Perekrestnoye autovenoznoye shuntirovaniye pri odnostoronnikh okklyuziyakh podvzdoshnykh ven [Cross autovenous shunting in unilateral iliac vein occlusions]. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 1997; 4: 11-25.
 20. Богданов А.Е., Константинова Г.Д., Каралкин А.В., Ва-
толин М.Ю. Современный подход к операциям перекрёстного бедренно-бедренного аутовенозного шунтирования при односторонних окклюзиях подвздошно-бедренного венозного сегмента (показания, принципы хирургической тактики). *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. 1990; 12: 23-26. Bogdanov A.Ye., Konstantinova G.D., Karalkin A.V., Vatin M.YU. Sovremennyy podkhod k operatsiyam perekrestnogo bedrenno-bedrennogo autovenoznogo shuntirovaniya pri odnostoronnikh okklyuziyakh podvzdoshno-bedrennogo venoznogo segmenta (pokazaniya, printsipy khirurgicheskoy taktiki) [Modern approach to operations of cross-femoral autovenous bypass grafting in case of unilateral occlusion of the iliac-femoral venous segment (indications, principles of surgical tactics)]. *Grudnaya i serdechno-sosudistaya khirurgiya*. 1990; 12: 23-26.
 21. Покровский А.В., Клионер Л.И., Апсаров Э.А. Пластические операции на магистральных венах. Алма-Ата, Казахстан. 1977: 35. Pokrovskiy A.V., Klioner L.I., Apsarov E.A. Plasticheskiye operatsii na magistral'nykh venakh [Plastic surgery on the main veins]. Alma-Ata, Kazakhstan. 1977: 35.
 22. Weingarten M.S., Branas C.C. and Czeredarczuk M. et al. Distribution and quantification of venous reflux in lower extremity chronic venous stasis disease with duplex scanning. *Vascular Surgery*. 1993; 18: 753-759.
 23. McLafflin AD. et al. Valve replacement in the recanalized incompetent superficial femoral vein in dogs. *Ann Surgery*. 1965; 162: 446.
 24. Kistner R.L. Surgical repair of the incompetent femoral vein valve. *Arch Surgery*. 1975; 110: 1336.
 25. Kistner R.L. Late results of venous valve repair. In: *Long-Term Results of Vascular Surgery*. Yao JST, Pearce WL (eds). WB Saunders. 1993; 451.
 26. Burkhart H.M., Fath S.W., Dalsing M.C. et al. Experimental repair of venous valvular insufficiency using a cryopreserved venous valve autograft aided by a distal arteriovenous fistula. *Vascular Surgery*. 1997; 26: 817-822.
 27. Padberg FT. Surgical intervention in venous ulceration. *Cardiovascular Surgery*. 1999; 7(1): 83-90.
 28. Prandoni P, Lensing A, Cogo A, Cuppini S, Villalta S. et al. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. *Ann Intern Med*. 1996; 125: 1-7.
 29. Halliday P, Harris J, May J. Femoro-femoral crossover grafts (Palma operation): A long - term follow - up study. *Surgery of the veins*. Eds. By Bergan J.J., Yao J.S.T. New York: Grune & Stratton. 1985: 241-245.
 30. Клионер Л.И., Русин В.И. Современные принципы лечения посттромбофлебитического синдрома подвздошно-бедренной локализации. *Клиническая хирургия*. 1980; 7: 40-42. Klioner L.I., Rusin V.I. Sovremennyye printsipy lecheniya posttromboflebiticheskogo sindroma podvzdoshno-bedrennoy lokalizatsii [Modern principles of treatment of post-thrombophlebitic syndrome of iliac-femoral localization]. *Klinicheskaya khirurgiya*. 1980; 7: 40-42.
 31. Богданов А.Е., Золотухин И.А., Константинова Г.Д.,

- Богачев В.Ю. Коррекция клапанной недостаточности при хронических заболеваниях вен нижних конечностей (Обзор литературы). Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1992; 7-8: 54-59. Bogdanov A.Ye., Zolotukhin I.A., Konstantinova G.D., Bogachev V.YU. Korrektsiya klapannoy nedostatochnosti pri khronicheskikh zabolevaniyakh ven nizhnikh konechnostey (Obzor literatury) [Correction of valvular insufficiency in chronic diseases of the veins of the lower extremities (Literature review)]. Grudnaya i serdechno-sosudistaya khirurgiya. 1992; 7-8: 54-59.
32. Linton RR. The communicating veins of the lower leg and the operative technique for their ligation. Ann Surgery. 1938; 107: 582-593.
33. Homans J. The etiology and treatment of varicose ulcer of the leg. Surg.Gynecol. Obstet. 1917; 24: 300-311.
34. Stansby G., Lintott P. Subfascial endoscopic perforator surgery (SEPS). Angiology and Vascular Surgery. 1999; 5(1): 34-40.
35. Fischer R. Surgical treatment of varicose veins; endoscopic treatment of incompetent Cockett veins. Phlebology. 1989; 1040-1041.
36. Bergan J.J., Murray J., Greason K. Subfascial endoscopic perforator surgery: a preliminary report. Ann. Vascular Surgery. 1996; 10: 211-219.
37. Fletcher A., Cullum N., Sheldon T.A. A systematic review of compression treatment for venous leg ulcers. BMJ. 1997; 315: 499-502.
38. Dunn R.M., Fudem G.M., Walton R.L. et al. Free flap valvular transplantation for refractory venous ulceration. Vascular Surgery. 1994; 19: 525-531.
39. Гульмурадов Т.Г., Султанов Д.Д., Шарипов Х.Ю., Камолов А.Н. Комплексное лечение хронической венозной недостаточности. В кн.: Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии. 2002: 28-31. Gul'muradov T.G., Sultanov D.D., Sharipov KH.YU., Kamolov A.N. Kompleksnoye lecheniye khronicheskoy venoznoy nedostatochnosti [Complex treatment of chronic venous insufficiency]. V kn.: Aktual'nyye voprosy travmatologii-ortopedii i khirurgii. 2002: 28-31.
40. Тошева З.О. Коррекция венозной гемодинамики при хронической венозной недостаточности. 9-я ежегодная сессия НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Москва 2005. Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. 2005; 6(3): 236. Tosheva Z.O. Korrektsiya venoznoy gemodinamiki pri khronicheskoy venoznoy nedostatochnosti [Correction of venous hemodynamics in chronic venous insufficiency]. 9-ya yezhegodnaya sessiya NTSSSKH im. A.N. Bakuleva RAMN. Moskva 2005. Byulleten' NTSSSKH im. A.N.Bakuleva RAMN. 2005; 6(3): 236.
41. Eriksson I. Reconstruction of deep venous valve of the lower extremity. Surgery. 1992; 24: 211-229.
42. Магомедов М.Г., Дюжиков А.А., Рамазанов М.Р. Хирургический метод коррекции абсолютной клапанной недостаточности при посттромбофлебитической болезни нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия. 2005; 11(2): 77-82. Magomedov M.G., Dyuzhikov A.A., Ramazanov M.R. Khirurgicheskiy metod korrektsii absolyutnoy klapannoy nedostatochnosti pri posttromboflebiticheskoy bolezni nizhnikh konechnostey [Surgical method for the correction of absolute valvular insufficiency in post-thrombophlebitic disease of the lower extremities]. Angiologiya i sosudistaya khirurgiya. 2005; 11(2): 77-82.
43. Веденский А.Н., Шайдаков Е.В. и др. Перекрёстное аутовенозное шунтирование при односторонних окклюзиях подвздошных вен. Ангиол. сосудистая хирургия. 1997; 4: 11-25. Vedenskiy A.N., Shaydakov Ye.V. i dr. Perekrestnoye autovenoznoye shuntirovaniye pri odnostoronnikh okklyuziyakh podvzdoshnykh ven [Cross autovenous shunting in unilateral iliac vein occlusions]. Angiol. sosudistaya khirurgiya. 1997; 4: 11-25.
44. Warren R., Thayer T.R. Transplantation of the saphenous vein for postflebitic stasis. Surgery. 1954; 35: 867.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

FINANCING

There was no financial support.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declares no conflict of interest.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

***Махмадализода Файзиддин Махмадали** – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.

E-mail: dr.fayzidin@mail.ru

https://orcid.org/0000-0003-1861-3473

Гиёсова Парвина Фаёзовна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

***Mahmadalizoda Fayziddin Mahmatali** - Candidate of Medical Sciences, Researcher at the Department of Reconstructive Surgery of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery.

E-mail: dr.fayzidin@mail.ru

https://orcid.org/0000-0003-1861-3473

Giyosova Parvina Fayozovna – Candidate of Medical Sciences, Researcher at the Department of Reconstructive Surgery of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery.

* **Автор для корреспонденции.**

Особенности оперативного лечения по устранению послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти

А.Р. Бобоев

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Аннотация

Проведённый анализ научной литературы показывает, что многие аспекты хирургического лечения послеожоговой рубцовой приводящей контрактуры большого пальца кисти до настоящего времени остаются широко дискутируемыми. Взгляды специалистов по одному и тому же вопросу данной патологии оказались разноречивые мнения. Для хирургического лечения послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти применяются многочисленные способы оперативных вмешательств, такие как: простая или серийная Z-пластика, модифицированные способы Z-пластики, аутодермопластика, перемещение несвободных и пересадка свободных кожно-фасциальных лоскутов.

Несмотря на то, что существует большой арсенал хирургических методов лечения и техники оперативных вмешательств, отсутствует преимущество в применении этих способов в зависимости от вида, клинического варианта и тяжести послеожоговой приводящей контрактуры большого пальца, её сочетания со сгибательной контрактурой длинных пальцев и рубцовым сращением межпальцевых промежутков.

Ключевые слова:

послеожоговые рубцовые контрактуры, контрактура большого пальца кисти, способы Z-пластики, аутодермопластика, обзор

Для цитирования:

Бобоев А.Р. Особенности оперативного лечения по устранению послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2022; 3(1): 32-37.

Актуальность. На сегодняшний день хирургическое лечение является основным методом по устранению послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти [1-3].

Вместе с тем, лечение такого рода контрактур остаётся одной из сложнейших задач как комбустиологии, так и реконструктивно-пластической хирургии, травматологии и ортопедии [4, 5].

В настоящее время существуют многочисленные методы оперативных вмешательств для устранения этих контрактур. Однако эти способы применяются без учёта вариантов послеожоговых контрактур большого пальца. Отсутствует систематизация различных видов оперативных вмешательств [6].

Авторами, в зависимости от их профессионального уровня знаний, нередко используются одни и те же методы лечения во всех случаях контрактур большого пальца кисти. При этом одна из простых и наиболее ча-

сто выполняемых операций – это использование кожных трансплантатов, имеющих высокую частоту рецидива контрактуры [7-10].

Среди всех пальцев кисти, из них большой является наиболее важным в функциональном отношении. Поэтому считается, что послеожоговая контрактура, или рубцовая деформация большого пальца, может снизить функцию кисти на 40-50%. По изучению различных вопросов лечения ожоговых поражений и их последствий выполнено множество научных работ и исследований учёными ближнего и дальнего зарубежья. Большое число публикаций по данной проблеме свидетельствует о неослабевающем интересе врачей к послеожоговым контрактурам и актуальности проблемы [11, 12].

Для хирургического лечения послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти применяются многочисленные способы оперативных вмешательств, такие как: простая или серийная Z-пластика, модифи-

DOI: 10.54538/27075265_2022_3_1_32

Features of surgical treatment for the elimination of post-burn scar contractures of the thumb

A.R. Boboev

State Institution «Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Abstract

The analysis of the scientific literature shows that many aspects of the surgical treatment of post-burn cicatricial adductor contracture of the thumb remain widely discussed to this day, the views of specialists on the same issue of this pathology are contradictory. For the surgical treatment of post-burn cicatricial contractures of the thumb, numerous methods of surgical interventions are used, such as: simple or serial Z-plasty, modified Z-plasty, autodermoplasty, movement of non-free and transplantation of free fasciocutaneous flaps. Despite the fact that there is a large arsenal of surgical methods of treatment and techniques of surgical interventions, there is no continuity in the use of these methods depending on the type, clinical variant and severity of post-burn adduction contracture of the thumb, its combination with flexion contracture of the long fingers and cicatricial fusion of the interdigital spaces.

Key words:

post-burn cicatricial contractures, thumb contracture, Z-plasty methods, autodermoplasty, review

For citation:

Boboev A.R. Features of surgical treatment for the elimination of post-burn scar contractures of the thumb. *Eurasian Scientific and Medical Journal «Sino»*. 2021; 3(1): 32-37.

цированные способы Z-пластики, аутодермопластика, перемещение несвободных и пересадка свободных кожно-фасциальных лоскутов [13, 14]. Как указывают авторы, для лечения контрактуры первого межпальцевого промежутка принято использовать местную лоскутную пластику, Z-пластику, Y-V пластику и их многочисленные варианты, регионарные кожно-фасциальные и кожно-жировые лоскуты [13-15]. Однако показания к применению отдельных методов в зависимости от формы и локализации рубцового тяжа, а также степени выраженности контрактур, авторами конкретно не указываются. Большинство специалистов являются сторонниками применения пластики встречными треугольными лоскутами (Z-пластика).

Известно, что наряду с положительными сторонами обычная Z-пластика не является оптимальным методом, ибо не всегда позволяет устранить дефицит тканей в достаточном объеме, а острые вершины треугольных лоскутов нередко некротизируются. Г.И. Дмитриев предлагает, как альтернативу Z-пластики использовать разработанные им створчатые лоскуты из местных тканей. Однако этот способ подходит, скорее, для шеи или таких областей, где много запаса эластичных тканей, а для такого места, как первый межпальцевый промежуток с ограниченными окружающими тканями, да ещё рубцово-изменёнными, использовать способ нецелесообразно [16].

Использование аутодермопластики сопряжено с высокой частотой возникновения рецидива контрактуры, а пересадка микрохирургических васкуляризированных лоскутов связана с большим процентом специфических послеоперационных осложнений [17, 18].

В.В. Юденич, В.М. Гришкевич (1986) считают, что реконструктивная хирургия последствий ожогов является сложной и многогранной проблемой из-за выраженных рубцовых деформаций и изменений на фоне значительного дефицита покровных тканей [19].

Как отмечает Р. Е. Salisbury, очень важно хирургу предварительно составить полный план операций, и при каждом этапе оперативного лечения выполнить максимально возможные вмешательства, чтобы уменьшить количество операций. Это позволит не только сэкономить на стоимости лечения, но и значительно сократить период реабилитации больных [20].

Сложности устранения таких деформаций заключаются в том, что с применением существующих местно-пластических операций и использованием резервов местных тканей удаётся устранить лишь одну из этих деформаций (рубцовую контрактуру или же рубцовое сращение межпальцевых промежутков). Таким образом, возникает необходимость в применении способа аутодермопластики, после этого частота развития осложнений и рецидивов возрастает в два и более раза [21].

Следовательно, при коррекции важно не только уstra-

нить сгибательную контрактуру пальца, но и необходимо формировать межпальцевый промежуток (МПП), что требует, в свою очередь, дополнительные ресурсы покровных тканей. Таким образом, обычное применение местно-пластической операции (МПО) не даёт желаемого результата. В исследованиях У.А. Курбанова с соавт., эта проблема частично решена разработкой метода встречно-перемещённых прямоугольных (П-образных) лоскутов. Однако, этот способ применим лишь при тяжёлой степени сгибательной контрактуры, несмотря на то, что рубцовое сращение межпальцевых промежутков часто встречается при средней и лёгкой степенях послеожоговой рубцовой сгибательной контрактуры пальцев кисти [22].

В настоящее время известны многочисленные методы устранения рубцовой контрактуры первого пальца кисти с применением местной кожной пластики встречными треугольными лоскутами, свободной кожной и комбинированной кожной пластики. Однако, по мнению некоторых авторов, эти способы не дают удовлетворительных результатов из-за возникающих рецидивов рубцового стяжения, особенно, у детей, вследствие отставания в росте перемещённых тканей.

Самым простым и распространённым способом устранения рубцовых контрактур считается аутодермопластика. Однако, мы считаем, что, несмотря на простоту выполнения, аутодермопластика при устранении контрактуры является нецелесообразной, в связи с неудовлетворительными отдалёнными результатами, так как вторичное сморщивание кожного трансплантата приводит к рецидиву контрактуры.

Как отмечает большинство авторов, главными недостатками метода кожной пластики, всё же являются: частое развитие осложнений в виде лизиса трансплантата, вторичное их сморщивание с большой частотой рецидива контрактуры; отсутствие эластичности в отдалённом послеоперационном периоде, эстетически неприемлемый отдалённый результат, а также частое развитие нагноения и образования келлоидных рубцов в донорской зоне [23, 24].

Согласно исследованиям некоторых авторов, несмотря на то, что каждому четвертому больному со сложными видами контрактуры проводится аутодермопластика, всё же у 45% пациентов, перенесших такую операцию, возникает необходимость в проведении повторных реконструктивных вмешательств.

Необходимо иметь в виду, что I палец в покое находится в положении приведения, поэтому трансплантаты расщеплённой кожи, помещённые в первый межпальцевый промежуток (МП), как правило, сморщиваются и при коррекции приводящей контрактуры свободной кожной пластикой наступает рецидив. Тем не менее, расщеплённые или полнослойные кожные трансплантаты используются при устранении рубцовых контрактур пальцев кисти, хотя для межпальцевого промежутка рекомендуется использование местных тканей в сочетании с аутодермопластикой [25].

Как указывает ряд авторов, чаще стала применяться так называемая комбинированная кожная пластика,

заключающаяся в сочетанном использовании способов местной пластики с аутодермопластикой. По их мнению, благодаря более частому проведению комбинированной кожной пластики при контрактурах за последние 30 лет применение дерматомной кожной пластики снизилось с 86% до 31%, а использование комбинированной кожной пластики возросло с 21% до 64,5% [26].

Лечение больных с приводящей контрактурой I пальца предусматривает решение двух основных задач:

1) восстановление нормального отведения I пальца, в том числе за счёт создания адекватного объёма мягких тканей в области первого межпальцевого промежутка;

2) восстановление нормальной активной оппозиции I пальца, что является конечной целью лечения.

Восстановление комиссуры I межпальцевого промежутка имеет большое значение в функциональном аспекте. Выбор способа зависит от формы приводящей контрактуры (тыльная, ладонная, тотальная), выраженности межпальцевой складки и степени приведения. В зависимости от этого комиссура первого межпальцевого промежутка может быть сформирована лоскутами из соседней неповреждённой кожи или рубца, а при приведённой контрактуре I пальца – П-образными или встречными трапециевидными кожно-жировыми лоскутами, выкраиваемыми на тыльной поверхности при иссечении рубцов, соответственно, и на ладони [27].

В ряде случаев из-за ригидности и плотности рубцовой ткани считается лучшим иссечение грубых рубцов и укрытие образовавшегося дефекта полнослойным кожным трансплантатом. В связи с этим, на наиболее подвижный сегмент рекомендуется перемещение более здоровой кожи, как правило, из боковых поверхностей основных фаланг на комиссуру межпальцевого промежутка [28].

Считается, что для устранения послеожоговых рубцовых контрактур большого пальца кисти лучшим являются модифицированные методы Z-пластики. Аналогичного мнения придерживается Kollali R.E. et al. (2006). К тому же эти авторы разработали собственный метод местно-пластической операции – способ V-N-Plasty [29].

Согласно исследованиям N.P. Sunil et al. (2015), применение Z-пластики и её модификации дают лучшие функциональные и эстетические результаты. Однако, авторы не исключают при необходимости дополнить к местно-пластическим способам операций также и кожную пластику [30].

Другими авторами с целью устранения стягивающего рубца I межпальцевого промежутка с формированием комиссуры предложено множество способов, в виде простой или двойной Z-пластики, способов Wolf and Broadbent, "butterfly" (Convers and Smith), Hirshowitz, Alexander, Mustard'e или "jumping-man", трапециевидные лоскуты по В.М. Гришкевичу, приведены на схемах 1-4 [31].

Наиболее популярным и эффективным считают способ Mustard'e, который с успехом был применён у 20 больных с врождённой синдактилией (14 межпальцевых промежутков) и послеожоговой приводящей контрактурой (13 межпальцевых промежутков) I пальца. Схема этого способа близка к схеме способа Hirshowitz, однако при способе

Mustard`e средний разрез, который при способе Hirshowitz проводится в виде прямой линии по стягивающему гребню, имеет угол менее 180 градусов. Боковые же разрезы со стороны треугольных лоскутов отдалены от среднего поперечным разрезом, соединяющим средний и боковые разрезы. Сильное захождение центрального треугольного лоскута на протяжении двух колен способствует образованию выемки, что позволяет формировать достаточной глубины межпальцевой промежутки.

Abdullah Al-Kandari считает, что X-Plasty является лучшим способом устранения рубцовых контрактур для всех пальцев кисти. Однако, это не способ пластики, как Z-Plasty, V-Y-Plasty, N-Plasty и т.д., а лишь способ выполнения разреза кожи с последующей аутодермопластикой. Таким образом, в области стягивающего рубца, рубцово-изменённая кожа рассекается в виде буквы "X", разводятся края ран, и устраняется стягивание рубцовой ткани, а образовавшийся дефект укрывается расщеплённым кожным трансплантатом [32].

Важным моментом в лечении послеожоговых контрактур большого пальца кисти являются вопросы послеоперационного ведения больных. Практически все исследователи сходятся во мнении, что в раннем послеоперационном периоде необходимо тщательное наблюдение больных и о своевременном назначении лечебной физкультуры и физиопроцедур [33, 34].

Существует также мнение, что рубцы и пересаженные аутотрансплантаты в росте отстают от нормальной кожи, и это приводит к развитию деформаций в отдалённые сроки, и после успешно проведённого лечения [35]. С другой стороны, считается, что рубцы по мере роста ребёнка приводят к развитию контрактур и прогрессирующим функциональным нарушениям. Поэтому многие хирурги, занимающиеся реконструктивной хирургией послеожоговых контрактур пальцев кисти, лучшими считают кровоснабжаемые кожно-жировые и кожно-фасциальные регионарные и дистантные лоскуты [36].

Своевременно непроведённое лечение, особенно, в период активного роста ребёнка, приводит к развитию вторичных деформаций, увеличению объёма и кратности необходимых реконструктивных вмешательств, а также ухудшает окончательный прогноз лечения [37, 38].

В целом, тактика хирургического лечения послеожоговых рубцовых контрактур требует дальнейшей доработки и усовершенствования.

Заключение. Многие аспекты хирургического лечения послеожоговой рубцовой приводящей контрактуры большого пальца кисти до настоящего времени остаются широко дискутируемыми. Взгляды специалистов по одному и тому же вопросу данной патологии разноречивы. Несмотря на то, что существует большой арсенал хирургических методов лечения и техники оперативных вмешательств, отсутствует преемственность в применении этих способов в зависимости от вида, клинического варианта и тяжести послеожоговой приводящей контрактуры большого пальца, её сочетания со сгибательной контрактурой длинных пальцев и рубцовым сращением межпальцевых промежутков.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Kreymerman P.A., Andres L.A., Lukas H.D., Silverman A.L., Smith A.A. Reconstruction of burned hand. Plastic reconstructive surgery. 2011; 127(2): 752-759.
2. Wassim R., Daniel V. Color atlas of burn reconstructive surgery. Skin graft for burned hand. Berlin Heidelberg. Springer. Germany. 2010; 140-144.
3. Watson J.T. Boutonniere deformity. J. hand surg. Am. 2011; 36(1): 139-142.
4. Ahmed A.S. Reconstruction of postburn contracture of first web space of the hand. ZUMJ. 2016; 22(3): 133-141.
5. Баиндурашвили А.Г., Соловьева К.С., Залетина А.В. Распространённость ожогов у детей, потребность в стационарном лечении, инвалидность. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2012; 26-27. Baidurashvili A.G., Solov'yeva K.S., Zaletina A.V. Rasprostranonnost' ozhogov u detey, potrebnost' v statsionarnom lechenii, invalidnost' [The prevalence of burns in children, the need for inpatient treatment, disability]. Rossiyskiy vestnik detskoy khirurgii, anesteziologii i reanimatologii. 2012; 26-27.
6. Яковлев С.В. Кожно-пластические операции при ожогах и послеожоговой деформации кисти. Фундаментальные исследования. 2015; 1-6: 1253-1259. Yakovlev S.V. Kozhno-plasticheskiye operatsii pri ozhogakh i posleozhogovoy deformatsii kisti [Skin plastic surgery for burns and post-burn hand deformity]. Fundamental'nyye issledovaniya. 2015; 1-6: 1253-1259.
7. Афоничев К.А., Филиппова О.В., Баиндурашвили А.Г., Буклаев Д.С. Реабилитация детей с рубцовыми последствиями ожогов: особенности, ошибки, пути решения. Травматология и ортопедия России. 2010; 1(55): 80-84. Afonichev K.A., Filippova O.V., Baidurashvili A.G., Buklayev D.S. Reabilitatsiya detey s rubtsovymi posledstviyami ozhogov: osobennosti, oshibki, puti resheniya [Rehabilitation of children with cicatricial consequences of burns: features, mistakes, solutions]. Travmatologiya i ortopediya Rossii. 2010; 1(55): 80-84.
8. Богосьян Р.А. Экспандерная дерматензия – новый метод хирургического замещения дефектов кожных покровов. СТМ. 2011; 2: 31-34. Bogos'yan R.A. Ekspandernaya dermatenziya – novyy metod khirurgicheskogo zameshcheniya defektov kozhnykh pokrovov [Expander dermatension is a new method of surgical replacement of skin defects]. STM. 2011; 2: 31-34.
9. Jokuszies A., Niederbichler A.D., Hirsch N., Kahlmann D., Herold C., Vogt P.M. The pedicled groin flap for defect closure of the hand. Oper. orthop. Traumatol. 2010; 22(4): 440-451.
10. Sajad W., Hamid R. Outcome of split thickness skin grafting and multiple Z-plasties in postburn contractures of groin and perineum: a 15-year experience. Plastic surgery international. 2014; ID 358526. – 6 p. (<http://dx.doi.org/10.1155/2014/358526>).
11. Сарыгин П.В. Хирургическое лечение последствий

- ожогов кисти. *Комбустииология*. 2004; 11: 49-54. Sarygin P.V. Khirurgicheskoye lecheniye posledstviy ozhogov kisti [Surgical treatment of the consequences of hand burns]. *Kombustiologiya*. 2004; 11: 49-54.
12. Ходжамурадов Г.М., Хусейнов З.Х., Исмоилов М.М., Саидов М.С., Шаймонов А.Х., Шарипов Г.Н. Одноэтапное замещение дефекта пястной кости при остеобластокластоме (клинический случай). *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2020; 16(1): 60-63. Khodzhamuradov G.M., Khuseynov Z.KH., Ismoilov M.M., Saidov M.S., Shaymonov A.KH., Sharipov G.N. Odnoetapnoye zameshcheniye defekta pyastnoy kosti pri osteoblastoklastome (klinicheskiy sluchay) [One-stage replacement of the metacarpal bone defect in osteoblastoclastoma (clinical case)]. *Saratovskiy nauchno-medsinskiy zhurnal*. 2020; 16(1): 60-63.
 13. Omar M.T.A., Hasan A.A. Evaluation of hand function after early excision and skin grafting of burns versus delayed skin grafting: A randomized clinical trial. *Burns*. 2011; 37: 707-713.
 14. Бадюл П.А., Слесаренко С.В. Одноэтапная реконструкция глубоких мягкотканых дефектов кисти тыльно-локтевым перфорантным лоскутом на дистальном основании. *Хирургия Украины*. 2014; 3: 25-32. Badyul P.A., Slesarenko S.V. Odnoetapnaya rekonstruktsiya glubokikh myagkotkannykh defektov kisti tyl'no-loktevym perforantnym loskutom na distal'nom osnovanii [One-stage reconstruction of deep soft tissue defects of the hand with a dorsal-ulnar perforator flap on the distal base]. *Khirurgiya Ukrainy*. 2014; 3: 25-32.
 15. Курбанов У.А., Давлатов А.А., Ибрагимов Э.К., Джононов Д.Д. Новый местно-пластический способ операции при тяжелых послеожоговых рубцовых сгибательных контрактурах пальцев кисти. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2005; 2: 37-42. Kurbanov U.A., Davlatov A.A., Ibragimov E.K., Dzhanonov D.D. Novyy mestno-plasticheskiy sposob operatsii pri tyazhelykh posleozhogovykh rubtsovykh sgiбательных kontrakturah pal'tsev kisti [A new local plastic method of surgery for severe post-burn cicatricial flexion contractures of the fingers]. *Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoy i esteticheskoy khirurgii*. 2005; 2: 37-42.
 16. Дмитриев Г.И. Метод местной кожной пластики. *Вестник РАМН*. 2013; 4: 52-56. Dmitriyev G.I. Metod mestnoy kozhnoy plastiki [Method of local skin plasty]. *Vestnik RAMN*. 2013; 4: 52-56.
 17. Gregory H., Heitmann C., Germann G. The evolution and refinements of the distally based dorsal metacarpal artery (DNCA) flaps. *J. of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2007; 60: 731-739.
 18. Hyakusoku H., Okubo V., Suenobu J., Fumiri K. Use of scarred flaps for reconstructive surgery of extensive burns. *Burns*. 1986; 12(7): 470-474.
 19. Юденич В.В., Гришкевич В.М. Руководство по реабилитации обожженных. М.: Медицина. 1986: 366. Yudenich V.V., Grishkevich V.M. Rukovodstvo po reabilitatsii obozhzhennykh [A guide to the rehabilitation of the burnt]. М.: Meditsina. 1986: 366.
 20. Salisbury R.E. Reconstruction of burned hand. *Clin. Plast. Surg.* 2000; 27: 65-69.
 21. Воробьев В.В., Питенин Ю.И., Овчинников Д.В. Пластическое восстановление глубоких дефектов мягких тканей пальцев кисти при использовании стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи. *Вестник российской военно-медицинской академии*. 2010; 1(29): 81-85. Vorob'yov V.V., Pitenin YU.I., Ovchinnikov D.V. Plasticheskoye vosstanovleniye glubokikh defektov myagkikh tkaney pal'tsev kisti pri ispol'zovanii statsionarozameshchayushchikh form okazaniya meditsinskoй pomoshchi [Plastic restoration of deep soft tissue defects of the fingers using hospital-replacing forms of medical care]. *Vestnik rossiyской voyenno-medsinskoy akademii*. 2010; 1(29): 81-85.
 22. Курбанов У.А., Бобоев А.Р., Давлатов А.А., Джанобилова С.М. Послеожоговая приводящая рубцовая контрактура большого пальца кисти и её хирургическое лечение. *Вестник Авиценны*. 2014; 3: 7-14. Kurbanov U.A., Boboyev A.R., Davlatov A.A., Dzhanobilova S.M. Posleozhogovaya privodyashchaya rubtsovaya kontraktura bol'shogo pal'tsa kisti i yeyo khirurgicheskoye lecheniye [Post-burn adductive cicatricial contracture of the thumb and its surgical treatment]. *Vestnik Avitsenny*. 2014; 3: 7-14.
 23. Vuppalapati G., Oberlin C., Balakrishnan G. Distally based dorsal hand flaps: clinical experience, cadaveric studies and an update. *The British Association of Plastic Surgeons*. 2004; 57: 653-667.
 24. Магдиев Д.А., Коршунов В.Ф. Лечение двойных сгибательных контрактур пальцев кисти. *Лечебное дело*. 2007; 2: 56-61. Magdiyev D.A., Korshunov V.F. Lecheniye dvoynykh sgiбательных kontraktur pal'tsev kisti [Treatment of double flexion contractures of fingers]. *Lechebnoye delo*. 2007; 2: 56-61.
 25. Махди Ф.А. Выбор оптимальных сроков реконструктивно-восстановительных операций после ожогов у детей. *Рос. вестн. перинатол. и педиатрии*. 1998; 5: 46-48. Makhdi F.A. Vybor optimal'nykh srokov rekonstruktivno-vosstanovitel'nykh operatsiy posle ozhogov u detey [The choice of optimal terms of reconstructive and restorative operations after burns in children]. *Ros. vestn. perinatol. i pediatrii*. 1998; 5: 46-48.
 26. Gulgonen A., Ozer K. The correction of postburn contractures of the second through fourth web spaces. *The J. of hand surgery*. 2007; 32A(4): 558-564.
 27. Haslik W., Kamolz L.P., Lumenta D.B., Hladik M., Beck H., Frey M. The treatment of deep dermal hand burns: how do we achieve better results? Should we use allogeneic keratinocytes or skin grafts?. *Burns*. 2010; 36: 329-334.
 28. Александров Н.М., Киселев Д.В., Углев О.И. Восстановление пальцев с использованием кровоснабжаемых кожно-костных комплексов у больных с тяжёлыми посттравматическими деформациями кисти. *Acta medicaeurasica*. 2015; 4: 1-9. Aleksandrov N.M., Kiselev D.V., Uglev O.I. Vosstanovleniye pal'tsev s ispol'zovaniyem krovosnabzhayemykh kozhno-kostnykh kompleksov u bol'nykh s tyazhelymi posttravmaticheskimi

- deformatsiyami kisti [Restoration of fingers using blood-supplied skin-bone complexes in patients with severe post-traumatic hand deformities]. Acta medicaeurasica. 2015; 4: 1-9.
29. Kollali R.E., Ghoneim I., Azemi M.A. V-N plasty for the release of severe postburn contractures. Journal of plastic, reconstructive and aesthetic surgery. 2006; 59: 1424-1428.
 30. Sunil N.P., Ahmed F., Jash P.K., Gupta M., Suba S. Study on surgical management of post burn hand deformities. Journal of clinical and diagnostic research. 2015; 9(8): 6-10.
 31. Grishkevich V.M. Flexion contracture of fingers: Contracture elimination with trapeze-flap plasty. Burns. 2011; 37: 126-133.
 32. Al-Kandari A.A. 'X-Plasty' for post burn flexion contractures of interphalangeal joints of all five digits of hand and adduction contractures of axilla. J. Plast. Reconstr. Surg. 2008; 32(1): 67-69.
 33. Grishkevich V.M. First web space post-burn contracture types: Contracture elimination methods. Burns. 2011; 37: 338-347.
 34. Лимберг А.А. Планирование местно-пластических операций на поверхностях тела. Л.: Медгиз, 1963: 595. Limberg A.A. Planirovaniye mestno-plasticheskikh operatsiy na poverkhnostyakh tela [Planning of local plastic surgeries on body surfaces]. L.: Medgiz, 1963: 595.
 35. Fufa D.T., Chuang S.S., Yang J.Y. Postburn contractures of the hand. J. hand surg. Am. 2014; 39(9): 1869-1876.
 36. Sabapathy S.R. Management of post burn hand deformities. Indian journal of plastic surgery. 2010; 43(3): 72-79.
 37. Филиппова О.В., Афоничев К.А., Баиндурашвили А.Г., Голяна С.И., Степанова Ю.В., Цыплакова М.С. Особенности развития вторичных деформаций у детей с рубцовыми последствиями ожогов, принципы хирургического лечения. Травматология и ортопедия России. 2012; 1(63): 77-84. Filippova O.V., Afonichev K.A., Baindurashvili A.G., Golyana S.I., Stepanova YU.V., Tsyplakova M.S. Osobennosti razvitiya vtorichnykh deformatsiy u detey s rubtsovymi posledstviyami ozhogov, printsipy khirurgicheskogo lecheniya [Features of the development of secondary deformities in children with cicatricial consequences of burns, principles of surgical treatment]. Travmatologiya i ortopediya Rossii. 2012; 1(63): 77-84.
 38. Eski M., Nisanci M., Sengezer M. Correction of thumb deformities after burn: Versatility of first dorsal metacarpal artery flap. Burns. 2007; 33: 65-71.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

FINANCING

There was no financial support.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

CONFLICT OF INTEREST

The author declares no conflict of interest.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

***Бобоев Акмалджон Рахматуллоевич** – кандидат медицинский наук, научный сотрудник отделения реконструктивно-пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.

E-mail: boboyev-1981@inbox.ru

https://orcid.org/0000-0002-5647-6820

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

***Boboev Akmaldzhon Rakhmatulloevich** – Candidate of Medical Sciences, Researcher at the Department of Reconstructive Plastic Microsurgery of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery.

E-mail: boboyev-1981@inbox.ru

https://orcid.org/0000-0002-5647-6820

* **Автор для корреспонденции.**

Правила оформления статей

- 1. Рукопись.** В редакцию Евразийского научно-медицинского журнала «Сино» статьи направляются по адресу: sino-journal@mail.ru, подготовленные в формате MS Word for Windows (иметь расширение *.doc, *.docx, *.rtf). Шрифт – Times New Roman, размер шрифта основного текста – 14, интервал 1,5, абзацный отступ – 1,25. Размер полей: сверху – 2,5 см, снизу – 2,5 см, слева – 3 см, справа – 1,5 см. Все страницы, начиная с титульной, должны быть последовательно пронумерованы.
- 2. Язык подачи статьи.** К публикации в журнале принимаются рукописи из любых стран на русском и английском языках. В случае, если статья написана на русском языке, то обязателен перевод метаданных статьи на английский язык (Ф.И.О. авторов, официальное название учреждений авторов, адреса, название статьи, резюме статьи, ключевые слова, информация для контакта с ответственным автором, а также пристатейный список литературы (References)).
- 3. Титульный лист** должен начинаться со следующей информации: название статьи, инициалы и фамилия автора/авторов, полное наименование учреждения, в котором работает каждый автор, в именительном падеже с обязательным указанием статуса организации и ведомственной принадлежности, аннотация (резюме) и ключевые слова через запятой (не менее 5). В ключевые слова обзорных статей следует включать слово «обзор».
- 4. Правила оформления оригинальных статей.** Структура оригинальных статей должна соответствовать формату IMRAD (Introduction, Methods, Results, Discussion). План построения оригинальных статей должен быть следующим: аннотация (резюме) и ключевые слова на русском и английском языках; актуальность (введение); цель исследования; материал и методы; результаты; обсуждение; выводы и список цитированной литературы. Информация о финансовой поддержке работы, гранты, благодарности; указание на конфликт интересов. Объем оригинальных статей — 15-20 страниц.
- 5. Правила оформления обзора литературы.** Обзорная статья должна быть обозначена авторами как (обзор литературы) после названия статьи. Желательно, чтобы составление обзоров соответствовало международным рекомендациям по систематическим методам поиска литературы и стандартам. Резюме обзорных статей должны содержать информацию о методах поиска литературы по базам данных Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library, EMBASE, Global Health, CyberLeninka, PИИИЦ и другим. Объем обзорных статей — 20-25 страниц.
- 6. Правила оформления клинических наблюдений.** Клинические наблюдения, оформленные согласно рекомендациям CARE, имеют приоритет. С рекомендациями CARE можно ознакомиться по ссылке <http://care-statement.org>. Объем статьи для описания клинического наблюдения — до 10 страниц.
- 7. Библиографические списки.** В журнале применяется Ванкуверский стиль цитирования (в списке литературы ссылки нумеруются не по алфавиту, а по мере упоминания в тексте независимо от языка, на котором дана работа). Библиография должна содержать помимо основополагающих работ публикации за последние 5-7 лет, прежде всего статьи из журналов, ссылки на высоко цитируемые источники, в том числе из Scopus и Web of Science. В оригинальных статьях желательно цитировать не более 20 источников, в обзорах литературы — не более 40. Библиографические ссылки в тексте статьи обозначаются цифрами в квадратных скобках.
- 8. Оформление пристатейного списка литературы (References).** Учитывая требования международных систем цитирования, библиографические списки входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для международных баз данных.
- 9. Аннотация (резюме) статьи** должна ясно излагать существенные факты работы и включать следующую структуру: цель исследования, материалы и методы, результаты, заключение (выводы) и ключевые слова. Объем текста авторского резюме должен быть от 150 до 250 слов. Англоязычная версия резюме статьи должна по смыслу, структуре и стилю (Objective, Materials and Methods, Results, Conclusion) полностью соответствовать русскоязычной и быть грамотной с точки зрения английского языка.
- 10. Ключевые слова.** Для верного написания ключевых слов на английском следует использовать тезаурус Национальной медицинской библиотеки США <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
- 11. Информация об авторах:** Ф.И.О. полностью, учёная степень, звание, должность, название учреждения с адресом, адрес электронной почты авторов. Для ответственного автора за переписку: Ф.И.О. полностью, учёная степень, звание, должность и место работы и контактная информация (индекс, почтовый адрес, телефон, E-mail). Для каждого автора необходимо указать: SPIN в e-library (<https://elibrary.ru>), Researcher ID (<http://www.researcherid.com>), ORCID ID (<http://orcid.org>).
- 12.** Текст присылаемой рукописи является окончательным и должен быть тщательно выверен и исправлен.