

Т.О.Лоскутова. Поліморфізм гена метилентетрагідрофолатредуктази як причина оксидативного стресу у вагітних з преєклампсією. Дніпропетровськ, Україна.

Ключові слова: вагітність, преєклампсія.

Дослідження присвячене вивченню впливу поліморфізму ключового фермента фолатного циклу — метилентетрагідрофолатредуктази С677→Т — на виникнення оксидативного стресу у вагітних з преєклампсією. Було встановлено, що гомозиготні носії гена МТНFR Т677Т мають підвищений ризик розвитку преєклампсії. Носійство алеля Т пов'язано зі збільшеною концентрацією гомоцистеїну в крові, що, в свою чергу, веде до активації процесів перекисного окислення ліпідів та зниження антиоксидантного захисту.

T.A.Loskutova. Methylenetetrahydrofolate reductase gene polymorphism as a cause of oxidative stress in pregnant women with preeclampsia. Dnipropetrovsk, Ukraine.

Key words: pregnancy, preeclampsia.

Study investigates the influence of polymorphism of folate cycle enzyme — methylenetetrahydrofolate reductase C677→T on the occurrence of oxidative stress in pregnant women with preeclampsia. It was found that homozygous carriers of the gene MTHFR T677T have an increased risk for preeclampsia. T allele carrier status is associated with increased concentrations of homocysteine in the blood, which in turn leads to the activation of lipid peroxidation and to the reduction of antioxidant protection.

Надійшла до редакції 02.02.2011 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2011
УДК 616 — 089.166 — 009.624 + 615.212

Применение мультимодальной аналгезии с использованием акупана, дексалгина и налбуфина в периоперационном периоде

В.И.Черний, Г.И.Ермилов, Е.А.Колганова, А.А.Егоров

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького (ректор — член-корр. НАМН Украины, профессор Ю.В.Думанский), Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение (генеральный директор — профессор Т.Д.Бахтеева)
Донецк, Украина

В статье исследуется эффективность применения акупана, дексалгина и налбуфина в составе полимодальной аналгезии периоперационного периода. Доказано, что совместное применение акупана и дексалгина у онкохирургических больных позволяет достичь более качественного обезболивания в послеоперационном периоде по сравнению с традиционной аналгезией опиатами при лучшей переносимости. Также показано, что аналгезия акупаном после эпидуральной анестезии бупивакаином или ропивакаином, а также аналгезия акупаном и налбуфином после общей анестезии не менее эффективны, чем аналгезия морфином после урологических операций средней травматичности.

Ключевые слова: акупан, дексалгин, налбуфин, полимодальная аналгезия, морфин, послеоперационное обезболивание.

Введение

В настоящее время проблема лечения острой послеоперационной боли не утрачивает своей актуальности. Несмотря на уровень достижений современной медицины и мно-

гообразии аналгетических препаратов, далеко не все пациенты палат интенсивной терапии адекватно обезболены после плановых онкологических операций [6]. Это приводит как к значительному ухудшению ближайших резуль-

татов хирургического лечения, так и к неблагоприятным отдаленным последствиям [7]. Исследования, проведенные в области изучения механизмов боли, позволили лучше понять природу возникновения острой и хронической боли [11]. Установлено, что в раннем послеоперационном периоде травма и воспаление тканей и связанная с этим генерация ноцицептивных импульсов приводят к сенситизации путей проведения на центральном и периферическом уровнях. Вследствие этого происходит увеличение возбудимости спинальных нейронов и облегчение процессов проведения болевых импульсов по ноцицептивным трактам, что приводит к формированию гипералгезии — аномально высокой чувствительности к болевым раздражителям [2]. Недостаточная аналгезия у данного контингента больных по данным литературы в 11-65% случаев приводит к развитию хронического болевого синдрома, значительному ограничению трудоспособности, инвалидности и снижению качества жизни [10]. В раннем послеоперационном периоде несвоевременная либо неполная аналгезия неизбежно приводит к активации симпатико-адреналовой системы. Результатом этого является гипоперфузия органов спланхнической зоны, сердца и головного мозга, респираторные расстройства, гемостатические и метаболические нарушения, иммуносупрессия и развитие локальных и системных инфекционных осложнений [8]. В современной анестезиологии методы лечения болевого синдрома, связанного с оперативным вмешательством, развиваются параллельно с усовершенствованием разнообразных техник и разработкой новых терапевтических подходов к лечению боли. Фармакологические методы включают выбор одного или нескольких препаратов, пути их введения, дозировку и частоту применения [1, 4]. Классическая схема мультимодальной аналгезии предусматривает три основных компонента — опиоидные анальгетики, неопиоидные анальгетики (нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) + парацетамол) и методы регионарной аналгезии [9]. Однако применение опиатов сопровождается достаточно высокой частотой серьезных побочных эффектов, а применение НПВС — сомнительностью полноценного аналгетического эффекта, особенно в онкохирургии [5].

В этой связи представляет интерес разработка новых схем послеоперационной аналгезии с использованием ненаркотического анальгетика центрального действия — акупана (нефопам) в сочетании с НПВС — дексалгин (декскетет-

профен) и агонист-антагонистами опиоидных рецепторов (налбуфин).

Акупан (нефопам) — ненаркотический анальгетик, структурно непохожий на другие анальгетики. Препарат является представителем нового класса препаратов центрального миорелаксантного действия. Акупан (нефопам) — ингибитор обратного захвата серотонина, норадреналина и дофамина в синапсах центральной нервной системы. Обладает слабыми антихолинергическими, антигистаминными и симпатомиметическими свойствами. К уникальным свойствам препарата следует отнести его качество купировать боль без угнетения дыхания и отсутствие эффекта привыкания к препарату при длительном использовании.

Целью исследования было изучить эффективность мультимодальной аналгезии — сочетанного применения препарата Акупан (А) (нефопам) с регионарными методами обезболивания (эпидуральная анестезия — ЭА), НПВС (дексалгин — Д) и агонист-антагонистами опиоидных рецепторов (налбуфин — Н) — по сравнению с аналгезией опиоидами (морфин — М).

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на двух клинических базах: в Донецком областном клиническом территориальном медицинском объединении (ДОКТМО) и Донецком областном противоопухолевом центре (ДОПЦ).

В клиническое исследование вошли 220 пациентов в возрасте от 18 до 74 лет I-III функционального класса по ASA со злокачественными новообразованиями желудка, толстого кишечника, женских внутренних половых органов, по поводу которых выполнялись оперативные вмешательства в объеме гастрэктомии, резекций желудка и кишечника, экстирпации матки с придатками в ДОПЦ. А также пациенты с различной урологической патологией, которым проводилось оперативное лечение в отделении урологии ДОКТМО (трансуретральная резекция простаты и мочевого пузыря, открытая аденомэктомия, нефролитотомия, аномалии развития мочевыделительной системы).

Больные были разделены на группы, сопоставимые по полу, возрасту, сопутствующей соматической патологии.

Методы проведения общей анестезии и послеоперационного обезболивания в онкологии были следующими.

1 группа (М онк) — 50 пациентов. Сбалансированная общая внутривенная анестезия

тезия. На операционном столе, непосредственно перед началом оперативного вмешательства, производится премедикация. Объем премедикации — М-холинолитик (атропин 0,01 мг/кг внутривенно) и транквилизатор (сибазон 0,2 мг/кг внутривенно), блокатор NMDA-рецепторов (кетамин 0,5 мг/кг), наркотический анальгетик (морфин 0,15 мг/кг). Индукция анестезии осуществляется введением 40 мг 1% раствора пропофола каждые 10 с до наступления клинической стадии наркоза (1,5-2,5 мг/кг) или тиопенталом натрия (3-5 мг/кг). Миорелаксация обеспечивается ардуаном 0,06-0,08 мг/кг. После интубации трахеи больные переводятся на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Минутный объем дыхания определялся по формуле Т.М.Дарбиняна: $МОД$ (л/мин.) = масса тела (кг)/10+1, дыхательный объем (ДО) — 7-8 мл/кг. Для поддержания анестезии дипрофол вводится внутривенно капельно либо инфузоматом из расчета 1,5-2,5 мг/кг/ч, кетамин — внутривенно болюсно 0,5-1,5 мг/кг/ч, ардуан — 0,01-0,03 мкг/кг/ч. Анальгезия обеспечивается внутривенным фракционным введением фентанила. Индукционная доза составляет 5 мкг/кг, в течение операции доза фентанила определяется из расчета 3-4,5 мкг/кг/ч. Введение фентанила прекращается за 30 минут до окончания оперативного вмешательства. Потенцирование анальгезии возможно за счет азота в соотношении 2:1. После перевода пациента в палату из операционной назначались наркотические анальгетики (морфин 30-40 мг/сут. внутримышечно) каждые 6 часов по 10 мг. Послеоперационная анальгезия продолжалась в течение 3 суток.

2 группа (А+Д) — 50 пациентов. Сбалансированная общая внутривенная анестезия. На операционном столе, непосредственно перед началом оперативного вмешательства, производится премедикация. Объем премедикации — М-холинолитик (атропин 0,01 мг/кг внутривенно), транквилизатор (сибазон 0,2 мг/кг внутривенно), блокатор NMDA-рецепторов (кетамин 0,5 мг/кг), наркотический анальгетик (морфин 0,15 мг/кг). Индукция анестезии: 40 мг 1% раствора пропофола каждые 10 с до наступления клинической стадии наркоза (1,5-2,5 мг/кг) или тиопенталом натрия (3-5 мг/кг). Миорелаксация обеспечивается ардуаном 0,06-0,08 мг/кг. После интубации трахеи больные переводятся на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Минутный объем дыхания определялся по формуле Т.М.Дарбиняна, дыхательный объем (ДО) — 7-8 мл/кг. Для поддержания анестезии дипрофол вводится внут-

ривенно капельно либо инфузоматом из расчета 1,5-2,5 мг/кг/ч, кетамин — внутривенно болюсно 0,5-1,5 мг/кг/ч, ардуан — 0,01-0,03 мкг/кг/ч. Анальгезия обеспечивается внутривенным фракционным введением фентанила. Индукционная доза составляет 5 мкг/кг, в течение операции доза фентанила определяется из расчета 3-4,5 мкг/кг/ч. Введение фентанила прекращается за 30 минут до окончания оперативного вмешательства. Потенцирование анальгезии возможно за счет азота в соотношении 2:1. За 30-40 минут до окончания операции внутримышечно вводили дексалгин 50 мг и акупан 20 мг. После перевода пациента в палату из операционной назначались ненаркотические анальгетики (дексалгин до 150 мг/сут внутримышечно 8 часов по 50 мг и акупан до 120 мг/сут, каждые 3-4 часа по 20 мг внутримышечно). Послеоперационная анальгезия продолжалась в течение 3 суток.

Методы проведения общей анестезии и послеоперационного обезбоживания в урологии включали следующее.

Методика проведения общей анестезии. Премедикация (внутривенно): дексаметазон 4-8 мг, атропин 0,5-1 мг (с учетом частоты сердечных сокращений). Индукция: сибазон 0,5 мг/кг или мидазолам 0,2-0,4 мг/кг; 0,5-1% раствор тиопентала натрия 2-5 мг/кг; ардуан 4 мг (прекураризация); дитилин 2 мг/кг; фентанил 1-1,4 мкг/кг; интубация трахеи, ИВЛ. Поддержание анестезии: ИВЛ кислородно-воздушной смесью; пропофол 1-2 мг/кг/ч; фентанил 2-3 мкг/кг на начало операции и далее по 0,07 мкг/кг/мин.; ардуан 0,02-0,03 мг/кг.

Методика проведения эпидуральной анестезии. Премедикация — акупан внутримышечно за 30 мин до операции; дексаметазон 4-8 мг, атропин 0,5-1 мг внутривенно. Пункция эпидурального пространства на уровне L2-L3 0,5% раствором маркаина (бупивакаина) 15-20 мл или 1% раствором наропина (ропивакаина) 12-15 мл (в зависимости от роста и возраста пациентов). Интраоперационная седация: пропофол 1-2 мг/кг/ч.

3 группа (А+Н) — 30 пациентов. Общая анестезия, для полимодальной анальгезии использовали фентанил (во время операции), акупан (20 мг внутримышечно за 20-30 мин. до операции, в послеоперационном периоде по 20 мг внутримышечно 3 раза в сутки) и налбуфин (10-20 мг внутримышечно 2-3 раза в сутки по требованию больного).

4 группа (А+ЭА) — 30 пациентов. Для полимодального обезбоживания использовали эпидуральную анестезию и акупан (20 мг внут-

римышечно за 20-30 мин. до операции, в послеоперационном периоде по 20 мг внутримышечно 3 раза в сутки).

5 группа (М ур) — 30 пациентов. Оперативное лечение проводилось с использованием общей анестезии. Послеоперационное обезболивание осуществлялось внутримышечно введением 10 мг морфина 4-6 раз в сутки (по требованию больного).

6 группа (М+ЭА) — 30 пациентов. Эпидуральная анестезия, послеоперационная аналгезия морфином (10 мг морфина внутримышечно 2-3 раза в сутки по требованию больного).

Для клинической оценки интенсивности послеоперационной боли использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ).

Проводилась регистрация частоты развития побочных эффектов послеоперационного обезболивания (гипотония, седация, галлюцинации, общая центральная депрессия, тошнота или рвота, запор, задержка мочи, кожный зуд, аллергические реакции) и исследовалась общая оценка пациентами предлагаемого метода обезболивания: «плохо», «удовлетворительно», «хорошо», «отлично».

Статистическая обработка данных проводилась следующим образом. Соответствие нормальному закону распределения данных проверялось при помощи критерия Шапиро-Уилка. Для сравнения центральных тенденций исследуемых групп применялись критерии Вилкоксона и Стьюдента. Для сравнения распределения частот признака использовался критерий хи-квадрат, при сравнении долей — критерий Фишера с поправкой Йейтса. Расчеты проводились при помощи лицензионного пакета статпрограмм MedStat [3].

Результаты исследования и их обсуждение

В онкологической практике время до первого введения анальгетиков в послеоперационном периоде составило в исследуемой группе 250 ± 35 мин., в контрольной — 54 ± 8 мин. ($p=0,003$). Время от момента введения до наступления обезболивающего эффекта существенно не различалось в обеих группах и составило в 17 ± 2 мин. в исследуемой и 12 ± 2 мин. в контрольной группе.

Продолжительность аналгезии существенно различалась в обеих группах, причем если в исследуемой группе она возрастала на протяжении послеоперационного периода, то в контрольной, с использованием наркотических анальгетиков, — практически не изменилась. Так, в исследуемой группе в первые сутки про-

должительность аналгезии составила 8 ± 1 ч, во вторые — $10 \pm 1,4$ ч, в третьи — $12 \pm 1,7$ ч, а в контрольной она не превышала $6 \pm 0,8$ ч на протяжении всего периода исследования.

Качество послеоперационной аналгезии, оцениваемое по ВАШ, также отличалось в обеих группах. В исследуемой группе интенсивность послеоперационной боли в первые сутки составила в покое 30 ± 4 мм и 42 ± 6 мм при таких активных движениях, как, например, откашливание. В контрольной группе в первые сутки были отмечены следующие значения соответствующих показателей — 43 ± 6 мм и 54 ± 8 мм ($p < 0,05$ в сравнении с исследуемой группой). Во вторые сутки интенсивность боли была оценена пациентами исследуемой и контрольной групп в 34 ± 5 мм и 41 ± 6 мм соответственно ($p=0,075$), а в третьи — в 23 ± 3 мм и 22 ± 3 мм ($p > 0,05$).

При исследовании общей субъективной оценки качества послеоперационной аналгезии отмечено следующее. В первые сутки в исследуемой группе 10% пациентов ответили «отлично», 72% — «хорошо», 18% — «удовлетворительно», в контрольной группе 58% — «хорошо», 42% — «удовлетворительно» ($p < 0,001$). На вторые сутки в исследуемой группе 40% — «отлично» и 60% — «хорошо», в контрольной группе 54% — «хорошо» и 46% — «удовлетворительно» ($p < 0,001$). На третьи сутки качество аналгезии 97% пациентов оценили в исследуемой группе как «отличное», 3% — «хорошее», в контрольной группе 78% — «хорошо», 15% — «удовлетворительно» и 7% — «плохо» ($p < 0,001$). Причем появление оценки «плохо» больные объясняли не низким качеством аналгезии, а нарастанием побочных эффектов: тошноты, рвоты, сонливости, выраженной общей слабости и пр.

Степень выраженности и частота побочных эффектов анальгетиков также существенно различалась. В первые сутки в исследуемой группе их наличие отмечали 20% больных, в контрольной группе — 64% ($p < 0,001$), во вторые сутки — в исследуемой группе 12%, в контрольной 21% ($p=0,128$), в третьи сутки — в исследуемой группе 5%, в контрольной 34% ($p < 0,001$).

В урологии в результате проведенных исследований не было выявлено статистически значимой разницы в оценке пациентами боли по ВАШ между 4 группой (акупан + ЭА) и 6 группой (морфин + ЭА) (табл. 1). Также не было выявлено достоверных различий между 3 группой (ОА + акупан и налбуфин) и 5 группой (ОА + морфин). Таким образом, интраоперационное использование акупана обеспечивает адекватный уровень аналгезии у урологических па-

Оценка боли по ВАШ (мм) в послеоперационном периоде при обезболивании акупаном, морфином, акупаном и налбуфином

	1-е сутки, 20.00	2-е сутки, 20.00	3-и сутки, 20.00
ЭА + акупан (2 группа)	42±4	34±3	23±2
ЭА + морфин (4 группа)	38±3	32±4	25±3
Значимость различий	p=0,083	p=0,474	p>0,05
ОА + акупан и налбуфин	46±5	36±3	25±4
ОА + морфин	49±6	37±3	27±3
Значимость различий	p=0,123	p>0,05	p>0,05

циентов, прооперированных под эпидуральной анестезией, и не требует дополнительного применения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, что способствует более ранней активизации пациентов. Кроме этого, анальгезия акупаном и налбуфином после проведения общей анестезии в оперативной урологии не уступает по эффективности анальгезии морфином.

Следует отметить, что предоперационное применение акупана на фоне проведения эпидуральной анальгезии, пролонгирует время послеоперационного комфортного состояния больного до первого требования обезболивания (ЭА + акупан — 480±42 мин., ЭА + морфин — 152±19 мин., p=0,013).

Интраоперационное внутривенное использование акупана при проведении тотальной внутривенной анестезии с ИВЛ позволяет снижать суммарную дозу фентанила или кратность его введения, а также отсрочить послеоперационное введение опиоидов на 60-90 и более минут.

Осложнений и побочных эффектов при введении акупана мы не наблюдали. Дрожь после использования акупана (нефопам) в послеоперационном периоде не наблюдалась ни в одной из групп.

периодом не наблюдалась ни в одной из групп.

Выводы

1. Сочетанное применение акупана и дексальгина в послеоперационном периоде у онкохирургических больных позволяет достичь более качественного обезболивания по сравнению с традиционной анальгезией опиатами при гораздо лучшей переносимости и существенно меньшей частоте побочных эффектов.

2. Проведение упреждающей анальгезии акупаном при эпидуральной анестезии бупивакаином и ропивакаином позволяет отказаться от введения опиоидов после урологических операций средней травматичности.

3. Анальгезия акупаном и налбуфином после урологических операций, проведенных под общей анестезией, не уступает по эффективности анальгезии морфином.

4. Применение акупана в комплексе периоперационной полимодальной анальгезии представляется целесообразным, поскольку препарат проявляет высокую анальгетическую активность, не обладает седативным эффектом и не угнетает дыхание.

Литература

1. Бобров О.Е., Брындиков Л.Н. и др. Лечение болевого синдрома в онкологии. — Ровно: Каллиграф, 2003. — 196 с.
2. Кобеляцкий Ю.Ю. Современные аспекты периоперационного обезболивания в травматологии и ортопедии // Здоров'я України. — 2008. — №8. — С. 29-30.
3. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н., Панченко О.А. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. — Донецк: издатель Папакица Е.К., 2006.
4. Овечкин А.М. Профилактика послеоперационного болевого синдрома: патогенетические основы и клиническое применение: Автореф дисс. ... д.-мед.н. — М., 2000. — 42 с.
5. Осипова Н.А., Новиков Г.А., Прохоров Б.М. Хронический болевой синдром в онкологии. — Москва: Медицина, 1998.
6. Apfelbaum J., Chen C., Mehta S. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. // Anesth Analg. — 2003. — Vol. 97. — P. 534-540.
7. Ferrante F.M., VadeBoncouer T.R. Postoperative pain management / Послеоперационная боль. — М.: Медицина, 1998. — 640 с.
8. Hopf H., Weitz J. Postoperative pain management. // Arch. Surg. — 1994. — Vol. 129 (2). — P. 128-132.
9. Kehlet H. Labat Lecture 2005. Surgical stress and postoperative outcome — from here to where? // Reg. Anesth. Pain. Med. — 2006. — №31. — P. 47-52.

10. Rawal N. Analgesia technique and post-operative morbidity // Eur. J. Anaesthesiol. Suppl. — 1995. — №10. — С. 47-52.
 11. Warfield C., Kahn C. Acute pain management. Programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S. adults. // Anesthesiology. — 1995. — Vol. 83. — P. 1090-1094.

В.І. Черній, Г.І. Єрмілов, О.А. Колганова, А.А. Єгоров. Застосування мультимодальної аналгезії з використанням акупану, дексалгіну та налбуфіну в периопераційному періоді. Донецьк, Україна.

Ключові слова: акупан, дексалгін, налбуфін, полімодальна аналгезія, морфін, післяопераційне знеболювання.

У статті досліджується ефективність застосування акупану, дексалгіну та налбуфіну в складі полімодальної аналгезії периопераційного періоду. Доведено, що спільне застосування акупану та дексалгіну в онкохірургічних хворих дозволяє досягти більш якісного знеболювання в післяопераційному періоді в порівнянні з традиційною аналгезією опіатами при кращій переносимості. Також показано, що аналгезія акупаном після епідуральної анестезії бупівакаїном або ропівакаїном, а також аналгезія акупаном і налбуфіном після загальної анестезії не менш ефективна, ніж аналгезія морфіном після урологічних операцій середньої травматичності.

V.I. Cherniy, G.I. Ermilov, E.A. Kolganova, A.A. Egorov. Multimodal analgesia by acupan, dexalgin and nalbuphine in perioperative period. Donetsk, Ukraine.

Key words: acupan, dexalgin, nalbuphine, polymodal analgesia, morphine, postoperative analgesia.

This article examines the effectiveness of acupan, dexalgin and nalbuphine at polymodal analgesia during perioperative period. Complex application of acupan and dexalgin in oncosurgery patients achieves better analgesia in the postoperative period compared with the traditional opiate analgesia with better tolerability. Analgesia by acupan after epidural bupivacaine or ropivacaine, and by acupan and nalbuphine after general anesthesia as well as morphine analgesia in urological surgery.

Надійшла до редакції 21.02.2011 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасєва, 2011
 УДК 617-002.3-022.7(035)+616.379-008.64

Хирургическая тактика при лечении больных с гнойно-воспалительными осложнениями при синдроме диабетической стопы

О.О.Чайка, Г.Ю.Бука, Р.В.Водяник, В.К.Глазунов,
 С.Ю.Некрасов, Д.А.Кононенко, О.О.Чайка

ГУ «Луганский государственный медицинский университет» (ректор — профессор В.К.Ивченко)
 Луганск, Украина

В статье представлен современный подход к лечению гнойно-некротических осложнений у больных с синдромом диабетической стопы.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, гнойно-некротические осложнения, ангионеогенез, дистальная сосудистая недостаточность.

Введение

Синдром диабетической стопы (СДС) одно из серьезных осложнений сахарного диабета, которое часто приводит к инвалидизации. Достаточно красноречиво об этом свидетельствует

хотя бы тот факт, что риск развития гангрены стоп у больных с СДС выше в 10-15 раз, чем у лиц, не страдающих сахарным диабетом, что приводит к сокращению средней продолжительности жизни на 2-12% (с колебаниями в