МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Маводҳои конференсияи XXV-уми солонаи илмӣ-амалии
Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии
Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мавзӯи
**«МАЛАКА ВА ИМКОНИЯТҲОИ
ТАШАККУЛИ ТАНДУРУСТИИ АҲОЛӢ»**
(бо иштироки коршиносони давлатҳои бурунмарзӣ)

Материалы ежегодной XXV научно-практической конференции
Института последипломного образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан
**«ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»**
(с международным участием)

Materials of yearly XXVth Scientific and Practical Conference
of the State educational establishment «Institute of postgraduate education
in health sphere of the Republic of Tajikistan»
**«EXPERIENCE AND PROSPECTS
OF PUBLIC HEALTH FORMATION»**
(with international participation)

8 ноябрь
Душанбе-2019

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- Мухиддинов Н.Д.** председатель организационного комитета, ректор Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.
- Давлатов С.Б.** зам. председателя организационного комитета, проректор по науке и инновациям Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.
- Асадов С.К.** ответственный секретарь, к.м.н.
- Аиуоров Г.Г.** зав. кафедрой терапевтической стоматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н., профессор
- Бобоходжаева М.О.** зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.
- Гуломова М.О.** зав. кафедрой семейной медицины Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.
- Гульмурадов Т.Г.** зав. кафедрой сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор
- Джабарова Т.С.** зав. кафедрой общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.
- Джурраев М.Н.** зав. кафедрой аллергологии и иммунологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.
- Ибодов Х.** профессор кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.
- Касымов О.И.** профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.
- Мирзоев М.Ш.** зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и детской стоматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.
- Мурадов А.М.** вице-президент АМН МЗиСЗН РТ, зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, академик АМТН РФ, д.м.н., профессор
- Расулов С.Р.** зав. кафедрой онкологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н.
- Рахимов З.Я.** почетный профессор кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.
- Рофиев Р.Р.** доцент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.
- Сайдуллоев Л.С.** зав. кафедрой урологии и андрологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.
- Сафаров З.Ш.** проректор по лечебной и воспитательной работе Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.
- Хамидов Дж.Б.** доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.
- Шамсиддинов Б.Н.** зав. кафедрой оториноларингологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, к.м.н.
- Шукурова С.М.** зав. кафедрой кардиоревматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, д.м.н., профессор

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Berdugina O.V., Berdugin K.A.</i> New method of early diagnostics of the slowed down consolidation of bone after operative treatment	14
<i>Бахроми М.Т., Рахимов З.Я., Рахимова М.Г.</i> Предпосылки повышения качества обучения на кафедре кардиологии с курсом клинической фармакологии института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан	15
<i>Бойбобоев А.А., Нарзикулов Х.Н., Муродова Т.М.</i> Оценка психического состояния детского населения Республики Таджикистан	16
<i>Гаибов А.Г., Зиё Рахмон, Талабов О.Д., Курбонов С.Б.</i> Правовые основы здравоохранения в Республике Таджикистан	17
<i>Галчабекова М. А., Олимова М.М., Одинаева Н.В.</i> Анализ различных нарушений развития речи у детей с неврологическими заболеваниями по данным госпитализации в стационар института в 2017-2018 годах	18
<i>Гуломова М.О., Ходжаев Ф.М.</i> Семейный врач и его роль в повышении эффективности современной системы здравоохранения	19
<i>Гуломова М.О., Ходжаев Ф.М.</i> Интеграционная деятельность на уровне ПМСП	20
<i>Гуломова М.О., Ходжаев Ф.М.</i> Профилактика неинфекционных заболеваний и укрепление здоровья населения в практике семейного врача	21
<i>Гурезов М.Р., Джураев Д.Э., Каримов С.М., Ёраков Ф.М.</i> К вопросу о влиянии неблагоприятных медико-социальных факторов на состояние пародонтологического статуса у лиц с зубочелюстными аномалиями	21
<i>Джураев М.Н., Курбонов А.М., Джураева С.М.</i> Частота лекарственной аллергии у детей и вопросы её профилактики	23
<i>Зубайдова Т.М., Шамсудинов Ш.Н., Самандаров Н.Ю., Давлаткадамов С.М.</i> Перспективы использования травы душицы мелкоцветковой, произрастающей в Таджикистане	22
<i>Касьмова З.Н.</i> Структура гнойно-септических заболеваний по СОРД	24
<i>Касьмова З.Н.</i> Сепсис как причина материнской смертности	25
<i>Мирзобекова Б.Т., Олимова Ф.А.</i> Инновационные методы обучения при оценке знаний специалистов по вопросам акушерских кровотечений	26
<i>Мирзоев Н.М., Ходжамурадов Г.М., Хамидов Ф.М., Шамсов Н.Х.</i> Помощь при последствиях ожогов пальцев и кисти	27
<i>Муниева С.Х., Самадзода У.С., Кудратова С.А., Бобоева Н.Р., Мухаммадиев Ф.Э.</i> Пурсиш доир ба доштани маълумот, дар бораи сироятҳои бо воситаи алоқаи чинсӣ гузаранда, дар байни ҷавонон	28
<i>Норкулов Т., Тоиров М.Г.</i> Масъалаҳои этики деонтологи дар таълимоти баъдидипломии кормандони соҳаи тиб	30
<i>Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Шодиёв И.Н.</i> Изучение и анализ структуры распространённости гельминтных заболеваний в ГЦЗ №1 г. Душанбе Республики Таджикистан	30

Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Воситзоде З.Ф. Оценка распространённости некоторых гельминтных заболеваний в различных регионах Республики Таджикистан	31
Рахимов З.Я., Нозиров Дж.Х., Кудратбеков А., Пулодов Р. Сердечно-сосудистая заболеваемость, смертность и инвалидность в Республике Таджикистан в контексте с эпидемиологией распространённости факторов риска	32
Рахимов З.Я., Шарипов Ш.З., Олимова Ш.А. Рациональное и иррациональное в организации лечебно-диагностического процесса на уровне ПМСП	33
Саидмурадова Р.Х., Таварова Н.Х. Медико-организационные мероприятия, влияющие на выхаживание детей с низкой массой тела	34
Саидмурадова Р.Х., Махкамов К.К., Абдуллоева О.Р., Маджидова М.Х. Некоторые вопросы рождаемости маловесных детей	35
Саидмурадова Р.Х., Таварова Н.Х. Аспекты рождения детей с экстремально низкой массой тела	36
Самадова Г.А., Зарипова М.М. Интеграция социальной и медицинской помощи для повышения качества жизни пожилых людей	36
Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т., Азизова Н. Подготовка семейной медсестры-наставника как метод повышения качества государственной практики студентов колледжей	37
Сангов Д.С., Назаров Ф.Н., Рахмонов Д.А., Амонов Ш.Ш. Экономическая эффективность видеолaparоскопической эхинококкэктомии из печени	38
Солиев О.Ф., Султанов Д.Д., Джаборов Х.А., Туйчиев Дж. Факторы риска и распространённость варикозной болезни среди медицинских работников	39
Хайридинова Дж., Абдурахимова З.Т., Мухаммадиева С.М., Исмаилова Д.М. Анализ эффективности проведения OSCE по шведской шкале оценки кольпоскопических картин	40
Хайруллои Н., Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А. Необоснованная перевязка сосудов на этапах оказания первичной помощи	41
Хакназаров Х.Ш., Рустамов Х.К., Абдуллоев М.Ф., Амонов Б.П. Усовершенствование врачей по клинической гемостазиологии	42
Хамиджанов Э.Х., Дадобоева Р.И., Турдалиева Дж.Э., Хамиджанов Б.Э. К обучению медицинских работников и населения формированию здоровья и профилактике заболеваний	44
Ходжаев Ф.М., Гуломова М.О. Разработка критериев оценки эффективности деятельности специалистов медицинской организации на уровне ПМСП	45
Холматов И.Б., Мавлянова З.Р., Холматов Д.И. Распространённость тугоухости среди населения Согдийской области	46
Шарифзода Х.С., Хакназаров Х.Ш., Собиров А., Юнусов Д. Организационно-методическая помощь по вопросам трансфузионной терапии в ЛПУ г.Душанбе	47

РАЗДЕЛ II ТЕРАПИЯ

Абдулоев Х.Дж., Холова З.У. Влияние кардиоваскулярной патологии на состояние больных подагрой	50

Абдурахманова Р.Ф., Иззатов Х.Н., Файзуллаев А.Х., Зарипов К., Рахматова З.А. Анализ основных факторов риска дисциркуляторной энцефалопатии	51
Ахмедов Ф.А. Местно-раздражающее действие сиропа «Холагон» в хроническом эксперименте у белых крыс	55
Ахмедова М.А., Касымова С.Д. К вопросу о первичной профилактике сахарного диабета	53
Ахунова Н.Т., Холова З.У., Сунатуллоев Д.С., Лакаева Р. Клинические особенности ревматоидного артрита у больных пожилого возраста в дебюте болезни	54
Ахунова Н.Т., Холова З.У., Холов С.С., Холиков Р.В. Влияние суставного синдрома на качество жизни у больных с различными ревматическими заболеваниями	55
Бахроми М.Т., Саидкомиллова И.З. Анализ вариабельности артериального давления у больных с хронической сердечной недостаточностью	56
Бухоризода Б.К., Ятимова С.А. Оценка лекарственной терапии пароксизмальной формы фибрилляции предсердий на фоне хронической сердечной недостаточности	57
Гоибова З.В., Урунбоева Д.С. Кардиальные проявления диффузно-токсического зоба	58
Джураев М.Н., Курбонов А.М., Джураева С.М., Камолова Дж. Аллергические осложнения медикаментозной терапии у детей раннего возраста	59
Изатуллоев А.С., Ахмедов Ф.А., Джамшиедов Дж.Н., Давлатова Г.Х. Изучение острой токсичности густого экстракта корневищ с корнями крапивы двудомной	60
Кабиров М., Бухоризода Б., Тагоев Д. Оценка эффективности и безопасности Ко-Амлесса в лечении больных артериальной гипертензией	61
Каюмов Х.Б. Особенности микрофлоры дыхательных путей у лиц пожилого возраста, страдающих пневмонией	62
Махмудова Р.И., Кузиева Л.С. Интерпретация результатов ультразвукового исследования по поражённости органов	63
Мирахмедова М.А., Касымова С.Д., Хамрокулова З.С. К вопросу о йоддефицитных заболеваниях у детей в Республике Таджикистан	64
Муниева С.Х., Алимова Н.Ф., Кудратова С.А., Бобоева Н.Р. Трихоскопия – усули масусгардонидашудаи ташхиси бемориҳои мӯйҳо	65
Муниева С.Х., Хайдарова О.Р., Одинаев А.С., Мухаммадиев Ф.Э. Наружная терапия фолликулитов в амбулаторных условиях	66
Муниева С.Х., Самадзода У.С., Сайдалиева А.С., Бухоризода К.М. Кожные заболевания у ВИЧ-инфицированных, обратившихся в ГЦПБ со СПИД г. Душанбе	68
Наимов Р.К., Наимов С., Давлатов М., Каюмова Ф. Эффективность применения иглорефлексотерапии в сочетании с физиотерапией при лечении остеохондроза	69
Наимов Р.К., Наимов С., Давлатов М., Ахмедов Б., Каюмова Ф. Применение комплекса абофазол с валерианой на динамику болевого синдрома остеохондроза шейного отдела позвоночника в домашних условиях	70
Нурматова З.И., Юсупова М.Р. Влияние недостатка йода на течение беременности и внутриутробное развитие плода	72

Раупова Р.И., Файзиев С., Бакоева Н.А., Атаханова Ф.И. Осложнения глюкокортикоидной и цитостатической терапии гломерулонефрита у детей	73
Раупова Р.И., Назарова Ф.А., Умаров С.Х. Об исходах острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом у детей	74
Рахимов Д.А., Ибодов Н.С., Турдалиев К.Х., Сафаров З.М. Хронический рецидивирующий цистит у женщин: лечение и профилактика	75
Рахимова М., Раупова З., Раупов А., Узбеков А. Ихлосмандии беморон ба доруворихои гипотензивии ба хамдигар пайваштшуда (фиксацияшуда)	75
Самадов Ш.Х., Джураев Ш.М., Тохиров Ф.С., Гиесиев И.Г. Сравнительный анализ эффективности антиагрегантов «Энцелад» («клопидогрел», компания «Vegafarm», произв. Инд-Свифт Лимитед, Индия) и «Клопидогрел» («клопидогрел», компания «Белмедпрепараты», произв. Беларусь)	76
Талбова З.С., Зубайдова Т.М., Махмадёрва Г.М., Самандарова С.М. Применение травы шалфея мускатного, как лекарства, в народной медицине таджиков	77
Урунбоева Д.С., Гоибова З.В. Показатели холтеровского мониторирования ЭКГ у больных ишемической болезнью сердца	78
Хабирова С.З., Ходжаева Б., Зокирова Н.С., Зубайдова Т.М. Влияние эфирных масел «Гепатола» на внутриутробный рост и развитие плода в эксперименте	79
Хабирова С.З., Саниева З.М., Норова Г.С., Саидшарипова Ш.С. Влияние эфирных масел «Гепатола» на возможность проявлений эмбриотоксического и тератогенного эффектов	80
Хабирова С.З., Саидшарипова Ш.С., Якубова Ф.А., Зубайдова Т.М. Глюкозоснижающее действие эфирных масел «Гепатола» в период беременности у белых крыс	81
Хайридинов М.Т., Негматов Х., Хайридинов Д.М., Рахматуллоев А. Коррекция и профилактика инсулинорезистентности при метаболическом синдроме	81
Хайруллоева Э.Д., Замирова Н.С. Опыт применения препарата «Азимак» в лечении инфекций нижних дыхательных путей у детей	83
Хайруллоева Э.Д., Замирова Н.С. Иммунокорректирующая и антиоксидантная терапия в лечении тяжелой пневмонии с бронхообструктивным синдромом у детей раннего возраста	84
Ҳоҷибекова Н.А., Тоҷибоева З.А., Саидмуродова Р.Ҳ., Музаффаров Ш.С. Сирояти ситомегаловирусӣ дар кӯдакони навзод: хусусиятҳо ва раванди онҳо	86
Ҳоҷибекова Н.А., Маҳкамов Қ.Қ., Тоҷибоева З.А., Музаффаров Ш.С. TORCH-сироят дар кӯдакони навзод: хусусиятҳо ва раванди онҳо	87
Худоев Х.У., Наврузбекова С.А., Урунова М.В., Зубайдова Т.М. Желчегонное действие фитосбора «Юнигепт» у морских свинок в остром эксперименте	89
Эмомалиев Д.Г., Касымов О.И., Муниева С.Х., Касымов А.О. Клинические особенности разных типов псориаза	90
Ятимова С.А., Нарзуллоева А.Р. Оценка эффективности чрескожных коронарных вмешательств у больных ишемической болезнью сердца	91
Ятимова С.А., Нарзуллоева А.Р. Антиаритмическая эффективность чрескожных коронарных вмешательств у больных с желудочковыми нарушениями ритма ишемического генеза	92

РАЗДЕЛ III
ХИРУРГИЯ

<i>Berdugina O.V., Berdugin K. A.</i> Clinical immunological prognosing of complications in cases of locomotor injures	93
<i>Berdugina O.V., Berdugin K. A.</i> Laboratory monitoring in treatment of large joints diseases	93
<i>Абдужабборов А.А., Шарипов З.Р., Дадабаев Д.У.</i> Эффективное и безопасное применения эсмолола при операциях на сердце	94
<i>Абдуллозода Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Холов А.Д.</i> Современные подходы к лечению хронического геморроя	95
<i>Абдусаматов К.А., Гаيبов А.Дж., Курбанов Н.Р., Рахмонов Дж.К.</i> Показания к реконструктивным операциям при острой артериальной непроходимости	96
<i>Аллаберганов И.К., Нурматов Ш.У., Хуррамов Ф.М., Хамидов Б.Х.</i> Послеоперационное ведение больных с врожденными диафрагмальными грыжами	97
<i>Ахмеджанова Г.А.</i> Клинико-лабораторная характеристика подкожного контрацептива имплантон у женщин позднего репродуктивного возраста	98
<i>Ахмеджанова Г.А.</i> Практическая и теоретическая эффективность гормонального инъекционного контрацептива норэтистерона энантат	99
<i>Ашууров Г.Г., Гурезов М.Р., Джураев Д.Э.</i> Определение структуры потребности в лечении заболеваний пародонта у лиц с аномалиями зубочелюстной системы	100
<i>Ашууров Г.Г., Махмудов Д.Т.</i> Интенсивность кариеса зубов и уровень стоматологической помощи у лиц с разным уровнем двигательной активности	101
<i>Бердюгина О.В., Бердюгин К.А., Сироджов К.Х.</i> Лабораторное прогнозирование воспалительных осложнений в оперативном лечении повреждений позвоночника	103
<i>Бердюгина О.В., Бердюгин К.А., Сироджов К.Х.</i> Практическое применение иммунологического исследования в лечении больных с тяжелой скелетной травмой	103
<i>Бердюгина О.В., Бердюгин К.А., Сироджов К.Х.</i> Раннее прогнозирование замедленного остеогенеза костной ткани при оперативном лечении осложненных остеомиелитом переломов нижней челюсти	104
<i>Бободжонов Д.Н., Шаймонов А.Х., Шарипов Г.Н., Хамидов Ф.М.</i> Сравнение Т-образного и эллипсоидного разрезов при проведении абдоминопластики	105
<i>Бобоев А.Р., Давлатов А.А., Джононов Дж.Д., Ибрагимов Э.К.</i> Устранение приводящей контрактуры большого пальца кисти способом Лимберга	106
<i>Гульмурадov Т.Г., Авгонов У.М., Одил Саидолим, Аликулов А.Г.</i> Непосредственные результаты коронарного шунтирования на работающем сердце у больных ИБС	107
<i>Гульмурадov У.Т., Султанов Д.Д., Мирзоев С., Солиев О.Ф.</i> Эндовенозная лазерная облитерация варикозно расширенных вен нижних конечностей	108
<i>Давлатов Дж.А., Абдувохидов Б.У., Болтабаев И.И., Юлдошев Х.Ф.</i> Результаты двунаправленного кавопупьмонального анастомоза у детей с унивентрикулярными пороками сердца	109
<i>Дехканов О., Бободжонов Р., Бобоев М., Рахимова М.</i> Хирургическое лечение больных аортальным пороком сердца, осложненным аневризмой восходящего отдела аорты	110

Додариён Х.С., Маликов М.М., Хомидов И.Т., Хомидов Н.Х. Правомочность аппендэктомии при грыже Амианда	111
Ёров У.У., Назарова Ш.Ф., Саидов С.Ш., Эмомов Х.С. Опыт лапароскопических операций у детей	111
Зиёбоев Ш.А., Сироджов К.Х., Шарипов Г.Н., Сафаров А.Х. Тактика хирургического подхода при повреждениях проксимального отдела бедренной кости	112
Зиёзода С.С., Ходжамурадов Г.М., Шаймонов А.Х., Раджабов М.Ф. Применение щёчного лоскута при хирургических вмешательствах на уретре	113
Зиёзода С.С., Ходжамурадов Г.М., Шаймонов А.Х., Раджабов М.Ф. Укрытие дефекта уретры лучевым лоскутом	114
Зиябаев Ш.А., Сироджов К.Х., Холов Д.И., Эрматов Х.С., Исупов Ш.А. Исходы интрамедулярного остеосинтеза крупных костей конечности	115
Зиёбоев Ш.А., Сироджов К.Х., Тошматов Ш.Н., Аббосов С.Н. Оптимизация хирургического лечения внутрисуставных переломов проксимального отдела большеберцовой кости	116
Зиябаев Ш.А., Сироджов К.Х., Дадабаев А.Д., Сироджзода М.С. Системный подход при внутрисуставных переломах дистального отдела плечевой кости	117
Зугуров А.Х., Султанов Д.Д., Косимов Ю.М., Камолов А.Н. Исходы острой артериальной непроходимости верхних конечностей у больных с длительной ишемией	118
Иброхимов Ю.Х., Кахорова Р.А., Иброхимова Ё.Ю., Сироджов Д.Н. Хирургическая коррекция анальной инконтиненции различного генеза у женщин	119
Иброхимов Ю.Х., Кахорова Р.А., Иброхимова Ё.Ю., Сироджов Д.Н. Лечение флегмоны Фурнье, развивающейся на фоне острого парапроктита	120
Иброхимов Ю.Х., Кахорова Р.А., Иброхимова Ё.Ю., Сироджов Д.Н. Лечение свищей прямой кишки в сочетании с геморроем	121
Икромов М.К., Назирмадова М.Б., Абдухалилов А.А. Применение симультанных операций при сочетанной патологии носа и придаточных пазух	122
Икромова Г.Дж., Султонова А.А. Применение эластопозиционеров в комплексном ортодонтическом лечении	123
Исмоилов Ф.Н., Юсупова З.Х., Шамсидинов А.Т., Мухидинов А.Д. Применение цельнокерамических коронок на фронтальных и жевательных зубах и их клинические результаты	124
Касьян А.Р., Сатаев В.У., Алягин В.Г. Тактика лечения вросшего ногтя у детей	124
Кобилбеков Б.И., Гаилов А.Д., Юнусов Х.А., Курбонов Н.Р. К вопросу о предоперационной подготовке больных с неспецифическим аортоартериитом	126
Кобилбеков Б.И., Гаилов А.Д., Юнусов Х.А., Курбонов Н.Р. Оценка эффективности консервативной терапии неспецифического аортоартериита с преимущественным поражением брахиоцефальных сосудов методом дуплексного сканирования	127
Косимов З.К., Иззотов А.Х., Аюпова Ф.А., Хамидов Д.Б. Системная воспалительная реакция у больных с острым перитонитом	128
Кубиддинов А.Ф., Хакназаров Х.Ш., Абдуллоев М.Ф. Особенности системы гемостаза среди доноров крови в условиях высокогорья	129

Курбанов Н.Р., Рахмонов Дж.А., Рафиев Ф.Р., Холов С.К. Причины и предупреждение лимфореи при трансаксиллярной резекции I-го ребра у больных с косто-клавикулярным синдромом	130
Курбанова М.Х., Хушвахтова Э.Х., Мамедова З.Т. Опыт применения препарата трибестан у женщин с ановуляторным циклом	131
Курбанова Н.Н., Сайдалиев Ф.Дж., Туйчиев Дж.А., Камолов А.Н. Возможности ультразвуковой диагностики при определении варикозной болезни малого таза	132
Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Хасанов М.А., Мирзобеков Х.Ф. Невротизация кисти при застарелых повреждениях нервных стволов верхних конечностей	132
Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А., Хасанов М.А. Коррекция остаточной функции локтевого нерва при застарелых повреждениях	133
Маликов М.Х., Хасанов М.А., Махмадкулова Н.А., Хайруллои Н. Костно-сосудистые повреждения верхних конечностей	134
Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А., Хайруллои Н. Анализ диагностических и тактических ошибок при оказании первичной помощи пострадавшим с повреждениями сосудов верхних конечностей	135
Маликоева С.А. Анализ причин акушерских кровотечений среди «едва выживших женщин»	136
Маликоева С.А., Олимова Ф.А., Муминова Ш.Т. Факторы риска развития акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин при предлежании плаценты	137
Маликоева С.А., Олимова Ф.А., Мухамадиева С.М. Анализ медико-социальных причин «едва выживших» женщин при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты по принципу «от двери до двери»	138
Махмадализода Ф., Султанов Д.Д., Косимов Ю.М., Зугуров А.Х. Корригирующие операции при посттромботическом поражений вен голени	140
Махмудов Д.Т. Оценка факторов риска развития и прогрессирования болезней пародонта у лиц с разной двигательной активностью	140
Мирзабекова Б.Т., Хайридинова Дж., Мухамадиева С.М. Клиническая оценка и коррекция урогенитальных расстройств у женщин перименопаузального возраста в условиях первичной медико-санитарной службы	142
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Сафаров С.А., Гафаров Х.О. Устранение постостеомиелитических дефектов нижней челюсти эндопротезами из никелида титана	143
Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Носиров О.Ш. Инсулин в лечении нейротрофических и вялотекущих язв роговицы	144
Мирзоева А.Б. Медико-социальная характеристика женщин различных возрастных групп с патологией молочных желез и заболеваниями шейки матки	145
Музафаров С.М., Тоиров М.Г., Саторов В.Т., Музафаров Ф.С. Опыт применения спинальной анестезии при операциях в области промежности	146
Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г.Г., Юлдошев З.Ш., Ёраков Ф.М. Результаты определения эмалевого резистентности постоянных зубов в ключевых возрастных группах детей	147
Муллоджанов Г.Э., Юлдошев З.Ш., Ёраков Ф.М. Оценка минерализационного потенциала ротовой жидкости в зависимости от уровня кариесподверженности школьников	148

Муллоджонова А.Г., Каримов С.М., Расулов С.Р., Ашууров Г.Г. Состояние органов и тканей полости рта у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией	149
Муминов Ф.Б., Кахаров М.А., Акилов Х.Д., Домуллоджонов А.А. Прогнозирование заворота сигмовидной кишки при долихосигме	150
Мухамадова М.А., Джураев Ш.М., Гиёсиев И.К., Саиджонов П.А. Ургентная эндоваскулярная реваскуляризация миокарда при остром коронарном синдроме	151
Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Салихов Н.Н., Хафизов Л. Эндовидеохирургия в лечении холедохолитиаза	152
Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Салихов Н.Н., Мукимов Ш.Г. Миниинвазивные методы диагностики и хирургическое лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой	153
Мухиддинов Ш.Д., Каримов С.М., Ашууров Г.Г. Комплексная оценка эндо-периапикального состояния ранее леченых зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне	154
Мухиддинов Ш.Д., Каримов С.М., Исмоилов А.А. Результаты ретроспективной оценки распространенности дефектов в эстетически значимой окклюзионной зоне	155
Мухиддинов Ш.Д., Юсупова З.Х., Файзов К.С., Исмоилов Ф.Н. Специальная подготовка к протезированию при локализованной патологической стёртости твёрдых тканей зубов	156
Назаров Ф.Н., Ёров У.У., Назарова Ш.Ф. Результаты повторных операций при осложнениях лапароскопической хирургии	157
Назаров Х.Н. Преимущества лечения переломов длинных костей конечностей закрытым блокирующим интрамедуллярным остеосинтезом и перспективы его развития	158
Назаров Х.Н., Назаров Ф.Н., Мирзоев Р.Р. Наш опыт лечения травм и заболеваний коленных суставов артроскопическим методом	159
Назаров Ш.Х., Гульмурадов Т.Г., Бурханов Ш.Ш., Курбанов Д.Ф. Диагностика и хирургическое лечение миксомы предсердий	160
Назирова С.Н., Бахриев И.И., Вафоев З.Б., Хайрудинов М.Р. Морфологическая характеристика внутренних органов при смерти в результате утопления	161
Назирова С.Н., Хайрудинов М.Р., Шарифов М.М. Повреждения длинных трубчатых костей при автомобильной травме	162
Нарзулоев В.А., Мукимов А.А. Замещение ксенотрансплантатами послеоперационных дефектов костей скелета	162
Одинаева М.С., Файзуллаева М.Ф., Маджитов Ф.К., Хомидов И.Т. Устранение «гингививальной улыбки» в ходе выполнения открытой ринопластики	163
Олими М., Амонов Ш.Ш., Исхаки Ф.Ю., Абдурахимов И.М. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни у больных ишемической болезнью сердца	164
Олими М., Амонов Ш.Ш., Бокиев Ф.Б., Абдурахимов И.М. Хирургическое лечение острого калькулезного холецистита у больных с суб- и декомпенсированной сердечной недостаточностью	165
Олимов А.М., Сафаров С.А., Рабиев Д.Т., Назаров Н.М. Комплексное лечение больных с невралгией тройничного нерва	166
Очилзода А.А., Кахарова Г.Р., Мухитдинова М.А., Атаханова Ф.И. Опыт лечения острого среднего отита на фоне кишечной инфекции у детей в условиях Городского центра здоровья г. Худжанд	167

Раджабов Д.Р., Султанов Д.Д., Шахсаворбеков А.Ш. Оценка динамики процесса реканализации у больных с посттромботической болезнью	168
Раджабов Д.Р., Султанов Д.Д., Шахсаворбеков А.Ш. Выбор тактики хирургического лечения артерио-венозных гемангиом	169
Раджабова Г.К., Ашурова Г.Н., Махмадов Ф.И., Султонов Дж.М., Бозорова Р.С. Видеолапароскопия при сочетании аднексальных спаек с острым аппендицитом	170
Раджабова Г.К., Ашурова Г.Н., Махмадов Ф.И., Султонов Дж.М., Бозорова Р.С. Оптимизация хирургического лечения неотложной сочетанной патологии органов брюшной полости и малого таза	171
Расулов С.Р., Муллоджонова А.Г., Исмоилов А.А. Индивидуально-типологические особенности стоматологических пациентов с радиационно-индуцированной ксеростомией	172
Рахимов Ф.Р., Юлдошоев Х.Ф., Азизов А.А., Давлатов Б.М. Непосредственные результаты временной кардиостимуляции у больных с различными нарушениями сердечного ритма на фоне острого инфаркта миокарда	173
Рузиев Ш.И., Раджабов Ш.Ю., Якубов Х.Х. Судебно-медицинская оценка закрытой черепно-мозговой травмы	173
Сабуров С.К. Динамика формирования супраконструкционного налета на поверхности несъемных протезов из различных материалов	174
Сабуров С.К., Ашуров Г.Г. Результаты определения энзимологического статуса полиморфноядерных лейкоцитов пародонта опорных зубов у соматических больных	175
Сайдуллоев Л.С., Кадири Т.Р., Сафаров И., Сайфуллоев К.У. Эффективность применения трибестана в комплексном лечении бесплодия у мужчин	177
Самадов Ш.Х., Джураев Ш.М., Элтаназаров М.Д., Абдусамадов К.А. Миокардиальная дисфункция в раннем послеоперационном периоде при операциях аортокоронарного шунтирования	178
Саттаров Ж.Б., Тиллабоев С.В., Бердиев У.Т. Особенности клиники и диагностики мезоколикпариетальных грыж у детей	179
Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М. Аспекты диагностики и результаты лечения хронически рецидивирующей кишечной непроходимости у детей	180
Сатторов Х.И., Ходжамурадов Г.М., Джононов Дж.Д., Давлатов А.А. Особенности клинических проявлений проксимальных повреждений нервов верхней конечности	180
Сафаров С.А., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Рахмонов И.Р. Особенности лечения переломов нижней челюсти в зависимости от способов фиксации	181
Сафаров С.А., Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О., Хушвахтов Д.И. Остеосинтез нижней челюсти при высоких переломах суставного отростка	182
Сироджов К.Х., Зиябаев Ш.А., Почоев У.С., Бегов А.Х. Коррекция деформации переднего отдела стопы на фоне дистрофического процесса	183
Солиев О.Ф., Султанов Д.Д., Джаборов Х.А., Сайдалиев Ф.Дж. Роль методики ASVAL в лечении пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей	184
Султанов Д.Д., Тухтаев Ф.М., Азизов А.А. Хирургическое лечение венозной трофической язвы при посттромботической болезни	185
Султанов Д.Д., Рахмонов Д.А. Особенности клинических проявлений и течения болезни Рейно	186

Тиллабоев С.В., Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М. Особенности диагностики мальротации и нарушений фиксации кишечника у детей	187
Тоиров М.Г., Назаров К.Х., Ходиев Ш.И., Ёров У.У. Применение двух видов антикоагулянтов во время лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей	188
Файзиев З.Ш., Бокиев Ф.Б., Амонов Ш.Ш., Олими М. Возможности интраоперационной холангиоскопии при механической желтухе	188
Файзов К.С., Юсупова З.Х., Исмоилов Ф.Н., Назаров Р. Сравнительная характеристика применения стандартных и цельнолитых внутрикорневых штифтов	189
Файзуллаева М.Ф., Одинаева М.С., Маджитов Ф.К., Нилуфари Ю. Хирургическая тактика при повреждениих сосудисто-нервных пучков при закрытых переломах верхних конечностей у детей	190
Хайруллои Н., Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А. Необоснованная перевязка сосудов на этапах оказания первичной помощи	191
Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Р. Осложнения и пути повторной коррекции аноректальных пороков у детей	192
Хамраев А.Ж., Мирзаахмедов У.М. Хирургические аспекты лечения хронического колостазы у детей	193
Хамроев У.А. Эффективность метода трансанального эндоректального низведения толстой кишки при болезни Гиршпрунга у грудных детей	194
Ходиев Ш.И., Нурализода А.Ч., Бояков Ё.Д., Тоиров М.Г., Мирзоолимов Ш.А. Хирургическая тактика у больных с заворотом сигмовидной кишки	195
Холматов И.Б., Мавлянова З.Р., Махкамова М.А. Одномоментная тимпанопластика у больных с хроническим гнойным средним отитом	195
Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Н., Хамидов Б.Х., Саттаров Ж.Б. Клиническая характеристика острого аппендицита у детей по материалам клиники	196
Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Отаназаров Ж.У. Наш опыт лечения инвагинации кишечника у детей	197
Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Абдуллаева Ш.З. Структура гнойно-воспалительных заболеваний шеи у детей	198
Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.Д., Рахмонов И.Р. Применение тканевых мембран из сверхтонких материалов с памятью формы для запечатывания костных полостей	199
Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О., Сафаров С.А. Применение материалов из сплава никелида титана у больных с недостаточным объемом костных структур челюстей	200
Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.Д., Рахмонов И.Р. Профилактика перфораций дна верхнечелюстной пазухи в стоматологических амбулаторных условиях	201
Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Акбаров М.М. Микробиологическая оценка полости рта у больных альвеолитом	202
Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Ходжаев З.М. Клинико-рентгенологические особенности ретинированных зубов	203
Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Акбаров М.М. Применение сорбционного материала «Вита Валлис» у больных с острыми одонтогенными гнойными периоститами челюстей	204
Чориев Б.А., Бахриев И.И., Назиров С.Н., Усманов М.С. Установление видовой принадлежности пятен крови, расположенных на различных текстильных тканях	205

Шаймонов А.Х., Зиёзода С.С., Хусейнзода Д., Шарипов Г.Н. Применение клеточных технологий у больных с последствиями ожогов	206
Шамсидинов А.Т., Юсупова З.Х., Файзов К.С., Мухиддинов А.Д. Оптимизация и устранение ошибок при определении центральной окклюзии на этапах изготовления полных съемных протезов	206
Шамсидинов Б.Н., Мухторова П.Р., Назаров Ш.Х., Шайдоев С.С. Возрастные особенности острых параназальных синуситов у детей	207
Шамсидинов Б.Н., Мухторова П.Р., Олимов Т.Х., Бегов А.А. Наш опыт применения альтернативного устройства для проведения задней тампонады при носовых кровотечениях	208
Шарипов З.Р., Аликулов А.Г. Дадабаев Д.У., Амонов Ш.Ш. Применение церебральной оксиметрии при операциях на сердце с искусственным кровообращением	209
Элиева М.Ф., Рузиев Ш.И., Кадыров К.У. Судебно-медицинская оценка сахарного диабета 1-го типа и его осложнений	209
Эргашев Н.Ш., Аллаберганов И.К., Нурматов Ш.У., Хуррамов Ф.М. Результаты хирургического лечения диафрагмальных грыж у детей	210
Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А., Хуррамов Ф.М., Бобаев Ф.Ф. Результаты хирургического лечения врожденной лобарной эмфиземы у детей	211
Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Хакимов Т.П., Солиев А.Т. Диагностика и лечение повреждений органов мошонки у детей	212
Эргашев Н.Ш., Эргашева Н.Н., Саттаров Ж.Б., Бойирбеков Р.Х. Аспекты лечения и профилактики трофических язв при спинальной патологии у детей	212
Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М. Диагностика и результаты лечения эхинококкоза легких у детей	213
Юлдошев Х.Ф., Гульмуратов Т.Г., Одил Саидолим, Бурхонов Ш.Ш. Прямая реваскуляризация миокарда у больных с острым коронарным синдромом и сопутствующим сахарным диабетом	214
Юсупов З.Я., Ашууров Г.Г., Амиджанова З.Р. Структурная оценка некариозных поражений твердых тканей зубов у жителей экологически неблагоприятной территории, непосредственно прилегающей к зоне выброса алюминиевого производства	215
Юсупов З.Я., Ашууров Г.Г. Влияние комплаентности рабочих алюминиевого производства на уровень стоматологической заболеваемости	216
Юсупова З.Х. Ортопедическая реабилитация онкологических больных после резекции верхней челюсти	217
Юсупова З.Х., Назаров Р., Шамсидинов А.Т., Исмоилов Ф.Н. Сравнительная характеристика современных шинирующих материалов, используемых при лечении заболеваний пародонта	218
Юсупова З.Х., Файзов К.С., Шамсидинов А.Т., Исмоилов Ф.Н. Обеспечение эстетической эффективности шинирования при генерализованном пародонтите	219
Юсупова З.Х., Шамсидинов А.Т., Мухиддинов Ш.Д., Файзов К.С. Применение ортопедического лечения пациентам с зубочелюстными аномалиями старше 20 лет	219
Ядгарова Ш.Ш., Якубов Х.Х. Экспертная оценка скоропостижной смерти от алкогольной кардиомиопатии	220

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Berdugina O.V., Berdugin K.A.

NEW METHOD OF EARLY DIAGNOSTICS OF THE SLOWED DOWN CONSOLIDATION OF BONE AFTER OPERATIVE TREATMENT

Ural Institute of traumatology and orthopedics named after V.D. Chaklin, Yekaterinburg, Russia

---

Relevance. Despite of the achieved successes in development of new technologies of modern surgical practice, in a number of cases, there are complications, for example, slowed down consolidation of bone in operative treatment of damages and diseases of loco-motor system.

Method of external fixation - complex system allowing considerably to change principles of treatment, in particular, of damages in an obverse skeleton. A basis of this method is use of the large plastic opportunities of the fabrics shown only at creation of a complex of optimum conditions for restoration of broken anatomic and functional parities, management of reparation processes. Despite of ample opportunities of a method, the part of the patients has a slowed down bone consolidation of a fabric caused, apparently, by change immunoreactivity of the patient.

Material and methods. Study of immunological status by 96 patients with damages of the bottom jaw after osteosynthesis by the device of external fixation is carried out. On the basis of clinico-rentgenological criteria the patients were divided into two groups – with the slowed down and normal consolidation of bone in conditions of external fixing. Research of blood carried out at receipt of the patient in clinic and in dynamics after its realization (through 3, 10 day, 1-2 months). Determined standard of clinico-immunological parameters (leucocytosis, quantity and functional activity of populations lymphocytes, neutrophils leucocytosis, concentration proinflammation of fibers, IL). Statistical processing of results is carried out on the basis of the computer program "STATISTICA".

Results. As a whole, it is possible to note, that the operative treatment of crises of the bottom jaw with use of the device of external fixing results in change of a parity of the basic immunocompetent populations of crates with dynamics of their functional condition, by the greatest reaction differs a humoral part immunological of system. Reaction is characterized by high activity and short-lived of process. The data are received that patients with the slowed down consolidation of the bottom jaw after osteosynthesis are revealed the specific changes from the party immunological of system. In particular, after operation period the increase of the basic subpopulations leucocytes with change of their functional condition were marked. In process were involved phagocytic part of immunological system normalization of which activity were marked in one month after operation. Changes characterized humoral part (immunoglobulines, activity комплемента, circulating immunological complexes) of immunity. Inflammation reactions for operative intervention were characterized by the greater duration and less expressed changes of concentration acute phase reactants. Dynamics of IL concentration - IL-1, IL-2, IL-8, IL-10, raIL-1, TNF is established.

Conclusion. The carried out research has allowed not only to establish natural distinctions reaction immunological of system at the normal and slowed down consolidation of bone, but also to develop immunological criteria of early forecasting of the slowed down consolidation in operative treatment of the bottom jaw.

Бахроми М.Т., Рахимов З.Я., Рахимова М.Г.

ПРЕДПОСЫЛКИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ КАРДИОЛОГИИ С КУРСОМ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ ИНСТИТУТА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года предполагает качественную подготовку и переподготовку компетентных специалистов не только владеющих знаниями, но и готовых к оперативному освоению быстро развивающихся медицинских технологий. В современной медицинской педагогике ключевое значение приобрела концепция непрерывного медицинского образования (НМО). Основным принципом системы повышения квалификации врачей является послевузовское медицинское образование, которое осуществляет непрерывность и преемственность учебного процесса.

Цель исследования. Определить пути качества подготовки (переподготовки) врачей - кардиологов, специалистов общей практики и общественного здравоохранения.

Материал и методы исследования. Главным направлением исследования явился опрос клинических ординаторов – 41 человек, врачей интернов – 28, слушателей первичной специализации – 13, 57 слушателей смежных дисциплин и 114 врачей усовершенствования квалификаций, проходящих обучение на кафедре кардиологии с курсом клинической фармакологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

Результаты и их обсуждение. Обучение проводится на достаточно мощных клинических базах (193 специализированные койки) ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» (ГОУ РКЦК) и Согдийского кардиологического и кардиохирургического центра (СОК и КХЦ) г. Худжанд Согдийской области (240 коек). По данным нашего исследования выяснилось, что качество медицинского образования зависит

от множества факторов: педагогического стажа, методологии обучения, совершенствования учебных программ, наличия технических средств обучения, клинических демонстрационных материалов кафедры, мощности клинической базы, участия в профессорско-преподавательских обходах, проведения клинических разборов на утренних конференциях, личного участия в них слушателей и ведения тематических больных.

На кафедре в учебный процесс активно внедрены интерактивные и модульные методы обучения: «Мозговой штурм»; «Предлекционный опрос и тестирование» (контроль исходных знаний); «Обучение практическим навыкам в соответствии с квалификационными требованиями врача-кардиолога»; «Подготовка разборов и доклад сложных клинических случаев»; «Работа на кардиопульмональном тренажере и фантомах»; «Работа с СОЛСом РТ и лекарственным формуляром, современными протоколами лечения и руководствами клинической практики».

Был проведен сравнительный анализ с предыдущими годами обучения 2017-2018 гг. при сдаче экзаменов. Все обучающиеся улучшили свои теоретические знания (средний балл 4,4) и активно вступали в дискуссию при разборе клинического примера, но те врачи, которые ранее не имели клинической мотивации, оказались слабее (средний балл 3,7).

Заключение. Методика преподавания с использованием электронно-технических средств обучения и предварительной мотивации по усвоению клинических навыков с акцентом на квалификационную характеристику врача-кардиолога позволяет прогрессивно улучшать качество профессиональной подготовки врача-кардиолога.

Бойбобоев А.А., Нарзикулов Х.Н., Муродова Т.М.

ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра психиатрии и наркологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Психическое здоровье детей определяет здоровье нации в будущем и занимает одно из ведущих мест в профилактике патологии психического здоровья во всем мире. Психическое здоровье детей настолько уязвимо, что влияние одного из факторов вызывает выраженные клинические проявления, обратимость которых зависит от возраста влияния их на детей и длительности воздействия [Александрова В.А., Братова Е.А., 2010].

По утверждению ряда исследователей [Александрова В.А., Братова Е.А., 2010; Михайленко И.В., Михалев Е.В., 2013], в ряду факторов, вызывающих нарушения гармонии сомато-психического развития детей, существенное значение занимают пренатальные и ранние постнатальные расстройства жизнедеятельности организма, такие как недоношенность, низкая масса тела при рождении, асфиксия, тяжелые заболевания, перенесенные до 1 года, особенно, в возрасте от года до трех лет. Состояние здоровья, психическое развитие детей и факторы риска, определяющие их, привлекают в настоящее время внимание различных специалистов: психиатров, невропатологов, педиатров, социологов, дефектологов, педагогов. Между тем, состояние психического здоровья детско-подросткового населения республики до сих пор остается неизученным.

Цель исследования. Изучить состояние психического здоровья детско-подросткового населения Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Нами клинико-катамнестически и статистически изучены амбулаторные карты детей до 18 лет, страдающих различными психическими и поведенческими расстройствами и состоящих на учете областных (Согдийской, Хатлонской) психиатрических учреждений и психиатрических кабинетов ЦРБ районов республиканского подчинения.

Результаты и их обсуждение. Необходимо отметить, что единственное медицинское учреждение, оказывающее специализированную психиатрическую помощь детско-подростковому населению республики, – это Республиканский детско-под-

ростковый Центр психического здоровья. Данный Центр в республиканском масштабе оказывает амбулаторную и стационарную помощь детскому населению республики. Кроме того, Центр решает вопросы охвата образованием детей, страдающих психическими расстройствами в специализированных детских садах или вспомогательных школах-интернатах. К сожалению, ни в Согдийской, ни в Хатлонской областях, ни в ГБАО, а также в районах республиканского подчинения не предусмотрено ни одной психиатрической койки для детского населения данного региона.

Если в Согдийской области в Горно-Матчинском, Матчинском районах вообще нет врача-психиатра и такая помощь вообще не оказывается, то в Шахристанском, Аштском, Спитаменском районах и в городе Гулистане оказание данной услуги на договорной основе возложено на врачей невропатологов.

В психиатрических учреждениях Согдийской области всего на учете состоят 15098 больных, из которых 3051 (20,2%) - дети и подростки до 18-летнего возраста. По области численность признанных инвалидами психических больных всего составляет 7056 человек, из которых 1332 лиц (18,9%) инвалиды в возрасте до 18 лет (1222 детей с умственной отсталостью различной степени).

Не лучше обстоит ситуация по Хатлонской области, где в таких районах, как Яван, Темурмалик, Ховалинг, Балджуван, Восе, Леваканд, Носири Хисрав, Дусти врачей-психиатров нет вообще, и также оказание специализированной психиатрической помощи возложено на врачей невропатологов.

При этом, по проанализированным статистическим данным, в областных психиатрических учреждениях Хатлонской области на учете состоят всего 11873 больных, из числа которых 2618 (22,1%) составляют дети и подростки до 18-летнего возраста. Проведенный анализ показал, что количество инвалидов по психическим заболеваниям из числа детско-подросткового населения региона составляет 1487 детей (т.е. 56,8% детей и подростков, состоящих на учете психиатрических учреждений области являются инвалидами

по психическому заболеванию), из которых 77 детей с диагнозом шизофрения, 1267 - с умственной отсталостью и 143 - с органическим заболеванием головного мозга.

В психиатрических учреждениях районов республиканского подчинения инвалиды по психическому состоянию из числа детского населения составляют 1701, из которых у 553 диагностирована шизофрения, у 1011 – умственная отсталость и у 137 - органические заболевания головного мозга.

В целом, по полученным данным, в психиатрических учреждениях республики на диспансерном учете состоят 9898 детей в возрасте до 18 лет (6632 с умственной отсталостью, 1464 с шизофренией, 792 с органическими заболеваниями головного мозга, 387 с эпилепсией с изменением личности, 526 с поведенческими расстройствами) и 3728 детей состоят на консультативном учете.

Заключение. Нами выявлены ниже следующие причины распространенности психической патологии среди детского

населения республики: широкое распространение родственных браков; высокая частота пре-, пере- и ранних постнатальных расстройств среди детского населения республики; недостаточность кадрового потенциала (в 23 районах республики нет врачей-психиатров); отсутствие психиатрических коек для детского населения в регионах республики (за исключением г. Душанбе); опасения обращения за психиатрической помощью со стороны родителей детей, страдающих различными психическими и поведенческими расстройствами (стигма); низкий уровень осведомленности населения об особенностях проявлений психических расстройств и специализированной психиатрической помощи; отсутствие взаимодействия между педиатрами, семейными врачами, невропатологами и психиатрами; наличие практики незаконного врачевания психических расстройств со стороны лиц, не имеющих медицинского образования.

¹Гаибов А.Г., ²Зиё Рахмон, ³Талабов О.Д., ⁴Курбонов С.Б.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹ГУ «НИИ медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов»

²Таджикский государственный педагогический университет им.С.Айни

³ООО «Частный медицинский и социальный колледж»

⁴ГОУ «Республиканский медицинский колледж» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить правовые основы здравоохранения и дать правовую оценку незаконного составления подложных документов.

Материалы и методы исследования. Проанализированы нормативно-правовые документы в сфере социальной защиты, в т.ч. здравоохранения, принятые в годы независимости. Используются информационно-аналитический, экспертный и специально-юридические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. В последние десятилетия кардинальные реформы социально-экономического уклада, прогресс медицины, появление частной системы здравоохранения наряду с государственной вызвали потребность в совершенствовании правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью, пе-

рехода их на новую, более высокую ступень.

В настоящее время изменилась правовая ситуация в здравоохранении, медицина стала доступна для претензий и исков пациентов. Именно поэтому сегодня каждый медицинский работник должен четко знать не только свои права и обязанности, но также права и обязанности пациента при оказании ему медицинских услуг. Он должен знать основы юриспруденции, иметь представление о той ответственности, которая наступит для него в случае невыполнения или ненадлежащего выполнения им своих профессиональных обязанностей, в т.ч. должностного подлога.

Различают две группы преступлений в сфере здравоохранения. К первой группе можно отнести преступления, которые связаны с профессиональной деятельностью медицинских работников. Вторую группу

преступлений, за которые медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности, составляют общественно опасные деяния, которые связаны с выполнением медработниками должностных обязанностей.

Следует отметить, что виновным в данных преступлениях может быть только должностное лицо. Под последним в сфере медицинской деятельности следует понимать лицо, обладающее властными полномочиями в сфере медицинской деятельности, осуществляющее организационно-распорядительные и административно-хозяйственные функции в органах управления здравоохранением, лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и других государственных и частных учреждениях.

При этом выдача медицинскими работниками различных заведомо ложных официальных документов рассматривается органами следствия и судами как должностной подлог. Поэтому подделка таких документов должностным лицом, у которого они находятся в силу занимаемого им служебного положения, карается законом.

С юридической точки зрения подлог документов выражается в изменении содержания подлинного документа путём внесения в него ложных сведений, поправок, подчисток и т. д. (например, изменение даты рождения, подделка подписей в официальном документе, выписке из истории болезни стационарного и амбулаторного больного, лабораторных данных, доверенности, ложный диагноз и т.п.), либо в составлении и выдаче документа, содержание которого не соответствует действительности (например, выдача ложной справки о трудовом стаже, о наличии беременности, какого-то заболевания при их отсутствии и др.).

Практика показывает, что должностной (служебный) подлог медицинских работников чаще связан с выдачей ложных свиде-

тельств и справок о болезни, физическом состоянии, беременности, невинности, возрасте и т.д. Большинство подобных уголовных дел относится к выдаче заведомо ложных листов нетрудоспособности или результатов обследований (в т.ч. и при призыве в Вооружённые силы), движению больных, искажению отчётных данных и т.д.

Большинство подобных уголовных дел относится к выдаче заведомо ложных листов нетрудоспособности, справок с целью освобождения от участия в общественных мероприятиях, освобождения от военной службы, документов по оформлению пенсии, инвалидности, получению страховки при несчастных случаях и т.д.

С другой стороны, совершению служебных правонарушений способствует низкая исполнительская дисциплина и отсутствие соответствующего контроля в учреждениях и органах системы здравоохранения. Более того, на низком уровне находится профессиональная квалификация и культура некоторой части специалистов, а также воспитательная работа в коллективах.

Заключение. Законодательство бывшего Советского Союза рассматривало врача как должностное лицо, имеющее определенные права и обязанности, и поэтому предусматривало уголовную ответственность за неправильные действия медицинского работника. Должностными лицами признаются руководители лечебно-профилактических учреждений и врачи, работающие в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, госпитальных учреждениях, клинических базах научно-исследовательских институтах, научных центрах, диспансерах, лабораториях, службах медико-социальной экспертизы. Кроме того, специалисты призывных комиссий с целью определения пригодности или непригодности призывника к службе в армии, ректоры высших и директора средних специальных учебных заведений.

Галчабекова М. А., Олимова М.М., Одинаева Н.В.

АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО ДАННЫМ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР ИНСТИТУТА В 2017-2018 ГОДАХ

НИИ «Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Проведение анализа различных нарушений развития речи у детей с неврологическими заболеваниями по данным госпитализации в стационар института в 2017-2018 годах для определения дальнейших шагов по улучшению работы логопедической помощи данному контингенту детей-инвалидов.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили дети-инвалиды, получившие комплексную реабилитационную помощь, в том числе логопедическую, в стационаре НИИ МСЭиРИ с 2017 по 2018.

Результаты и их обсуждение. За прошедший период в логопедическом кабинете получили лечение 562 ребенка от 5 до 18 лет (ср. возраст составил 11,5 лет). По нозологическим формам дети с детским церебральным параличом (ДЦП) составили 456 (81,1%) больных, причем мальчиков было 239 (42,5%), девочек - 217 (38,6%). При распределении по возрасту: до 5 лет было 129 (22,9%) от 5 до 10 лет - 202 (35,9%) от 10 до 18 лет - 140 (24,9%) пациентов. Дети с болезнью Дауна составили 50 (8,9%) человек, причем большую часть составили мальчики - 47 (8,4%), при этом данный контингент детей в основном был до 5 лет - 39 (6,9%). На третьем месте были дети с синдромом заикания - 42 (7,5%): мальчиков - 26 (4,6%), девочек - 16 (2,8%) человек. В возрастном отношении дети с заиканием были распределены равномерно до 5 лет - 15 (2,6%), от 5 до 10 лет - 10 (1,8%) от 10 до 18 лет - 17 (3,0%) человек. И на последнем месте оказались дети с аутизмом - 14 (2,5%), при этом мальчики значительно преобладали над девочками - 9 (1,6%) и до 5 лет их оказалось 10 (1,8%) человек.

Основные нарушения со стороны логопедии, с которыми сталкиваются дети с ДЦП, - это повышенное слюнотечение, нарушение жевательного и глотательного рефлексов. Так, до 80% данные нарушения отмечаются у детей до 5 лет, до 60% - у детей до 10 лет в случае отсутствия логопедической терапии и у детей с 10 до 18 лет - в 10% случаев данные нарушения еще встречаются. Отмечается 100% нарушение звукопроизношения у детей до 5 лет (без проведенного логопедического лечения), и, чем младше ребенок и выше проявления ДЦП, тем более выражены эти изменения.

Логопедическая терапия включает в себя логопедический и артикуляционный массаж, постановку голоса с последующей постановкой звукопроизношения и постановкой слов. Курс лечения составляют занятия от 15 до 30 минут 10 дней.

Нами отмечено, что у детей с легким и средне выраженным поражением ДЦП после 2-3 курсов лечения на 100% исчезает слюнотечение, глотательный и жевательный рефлексы восстанавливаются на 80%. У детей с тяжелой формой ДЦП через 2 года логопедического лечения отмечается 40% восстановление данных рефлексов.

Стопроцентная постановка голоса с последующей постановкой звукопроизношения у детей с легким и средне выраженным поражением ДЦП происходит на 2-3 курсы логопедического лечения. Постановка произношения слов и отдельных фраз при логопедическом лечении в течение года лучше происходит у детей до 10 лет.

У детей с болезнью Дауна в основном нарушено звукопроизношение. При этом постановка голоса с последующей постановкой звукопроизношения у них происходит на 2-3 курсы логопедического лечения. Постановка произношения слов и отдельных фраз при логопедическом лечении происходит в течение года.

Детям с заиканием применяется логопедический массаж и постановка дыхания при произношении слов и в зависимости от степени выраженности поражения курсовое лечение проводится до полного выздоровления.

У детей с аутизмом лечение проводится в игровой форме в виде вопросов и ответов, при этом длительность лечения зависит от самого ребенка.

Заключение. В связи с выраженными логопедическими нарушениями у детей с ДЦП и полученными нами хорошими результатами от проведенной логопедической терапии необходимо более широко использовать данный метод лечения в комплексной терапии ДЦП. Назрела необходимость внедрения логопедической помощи в учреждениях первичной медико-социальной помощи (ПСМП).

Гулова М.О., Ходжаев Ф.М.

СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ И ЕГО РОЛЬ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение организации оказания первичной медицинской помощи, степени её доступности населению страны, преобразование правовых основ отрасли, степень внедрения современных медицинских технологий, развитие конкуренции в процессе реформы, основанных на свободном выборе пациентом лечебно-профилактического учреждения.

Материал и методы исследования. Путем анкетирования и анализа изучены основные структурные элементы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в системе этапного лечения, а также компетентность семейного врача, как специалиста, обеспечивающего первичный контакт системы здравоохранения с отдельными гражданами и их семьями.

Результаты и их обсуждение. Достичь намеченных результатов возможно лишь за счет последующего смещения акцентов на развитие общественного пациент-ориентированного здравоохранения с позиций совершенствования профилактики и управления заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи. Это возможно лишь в условиях эффективного организационного, кадрового, финансового менеджмента.

Заключение. Накопившиеся за последнее десятилетие множество нерешенных проблем в системе здравоохранения привели к снижению эффективности системы ПМСП.

Таким образом, решающее значение в стратегии развития СМ ПМСП предполагает планирование и управление.

Гуломова М.О., Ходжаев Ф.М.

ИНТЕГРАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА УРОВНЕ ПМСП

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Обеспечение качественной медицинской помощи населению на уровне медико-санитарной помощи путем внедрения и правильной организации интеграционной работы между семейным врачом, семейной медсестрой и узкими специалистами согласно квалификационной характеристике семейного врача.

Материал и методы исследования. С целью изучения деятельности семейных врачей планируется осуществить метод выкопировки данных с квартальных, полугодовых, годовых отчетов с амбулаторных карт лечебно-профилактических учреждений, работающих по принципу семейной медицины, отчетно-учетной документации узких специалистов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), а также квартальных, полугодовых, годовых отчетов ГЦЗ. С целью изучения уровня знаний семейных врачей планируется составление тестовых вопросов, проведение тестирования и определение

уровня владения навыками, в соответствии с квалификационной характеристикой семейного врача РТ, для определения объема медицинской помощи, которую он может оказать населению.

Результаты и их обсуждение. Статистический анализ результатов исследования будет проводиться с помощью компьютерной обработки полученных данных. При разработке будут учтены стандартные статистические требования, принятые при расчетах в медицинских исследованиях. Оценка достоверности полученных данных будет осуществляться с помощью доверительных интервалов с коэффициентом доверия 95% и критериев различия.

Заключение. Укрепление и модернизация системы управления отраслью для создания результативной, социально приемлемой системы методов управления отдельных служб в контексте интеграции с другими службами по охраны здоровья населения Таджикистана.

Гуломова М.О., Ходжаев Ф.М.

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Научное обоснование первичного звена здравоохранения в профилактике неинфекционных заболеваний и укреплении здоровья населения.

Материал и методы исследования. Для исследования использовалась разработанная опрос-анкета «Ваш образ жизни», состоящая из вопросов, сгруппированных в 5 блоков. Участвовали три целевые возрастные группы 20-24 лет (20 чел.), 24-29 лет (30 чел.) и 30-34 лет (33 чел.). Средний возраст респондентов составил 28 лет.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования была разработана организационная модель профилактической работы в первичном звене здравоохранения, а также представлены предложения по совершенствованию работы медицинского персонала первичного звена здравоохранения в области профилактики неинфекционных заболеваний. Анализ действующей сегодня

системы оказания профилактической помощи показал, что активным участником этой работы стали центры здоровья.

Заключение. В настоящее время законодательно определена сфера разделения обязанностей, взаимодействие центров здоровья и амбулаторно-поликлинической службы для устранения раздробленности усилий в их работе. Существуют рекомендации или иные элементы в системе медико-санитарного обеспечения, позволяющие информировать амбулаторно-поликлиническую службу о случаях заболеваний и/или факторах риска их развития у пациентов, прошедших обследование в центрах здоровья. Имеется необходимость в специалистах, которые могли бы восполнить этот информационный пробел путем активной периодической сверки населения участка с базой данных пациентов, прошедших обследование в центре здоровья.

Гурезов М.Р., Джураев Д.Э., Каримов С.М., Ёраков Ф.М.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Стоматологическая клиника «Формула успеха»

Актуальность. Медико-экономическая и социальная значимость заболеваний пародонта определяется их высокой распространенностью, достигающей, по некоторым данным [Исмоилов А.А., 2012; Burt B.A., 2011], 90-99% общей популяции, а также отрицательным влиянием на здоровье не только зубочелюстной системы, но и всего организма в целом. Неблагоприят-

ные последствия заболеваний пародонта могут включать формирование очагов хронической инфекции [Ашуров Г.Г. с соавт., 2016; Ababneh K.T. et al., 2012], снижение общей и местной реактивности организма [Князева Э.Б. и соавт., 2014; Nibali L. et al., 2013].

Цель исследования. Изучить влияние неблагоприятных факторов риска на со-

стояние пародонтологического статуса при наличии зубочелюстных аномалий.

Материал и методы исследования. В исследование включены взрослые пациенты в возрасте от 20 до 60 лет и старше с различными заболеваниями пародонта и зубочелюстными аномалиями, выявленными в ходе стоматологического осмотра (n = 578). Среди обследованных пациентов было 262 (45,3%) мужчин и 316 (54,7%) женщин.

Для реализации поставленной цели исследования всем пациентам проводили стоматологический осмотр, сбор анамнеза, анкетирование для выяснения наличия сопутствующих заболеваний, вредных привычек. Выясняли особенности гигиенического состояния полости рта, такие как консистенция употребляемой пищи, регулярность чистки зубов.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования из общего количества обследованных (578 человек) у 313 из них (54,2%) диагностирован хронический локализованный гингивит, у 40 (6,9%) – хронический генерализованный гингивит, у 160 (27,7%) хронический локализованный пародонтит, у 51 (8,8%) – генерализованный пародонтит и у 14 (2,4%) – хронический генерализованный пародонтоз.

Согласно полученным результатам, на долю гингивита приходится 61,1% всех заболеваний пародонта. Среди обследованных лиц гораздо реже гингивита выявляли пародонтит (36,5%). Наиболее редкое, но в то же время наиболее тяжелое заболевание пародонта – пародонтоз, нами выявлен у 2,4% пациентов.

При анализе гендерных различий выявлено, что в целом заболеваемость всеми формами болезни пародонта не зависит от пола. В то же время отметим, что гингивит (как локализованный, так и генерализованный) чаще встречается у женщин (соответственно 56,9% и 57,5%), а пародонтит и пародонтоз, напротив, – у мужчин (соответственно 54,4%, 52,9% и 64,3%).

При исследовании стоматологического статуса пациентов выявлены мягкие зубные отложения у 35,6% больных с хроническим локализованным гингивитом и у 27,9% пациентов с генерализованным гингивитом, у 32,6% пациентов с локализованным и у 20,1% пациентов с генерализованным пародонтитом, а также у 21,4% пациентов с пародонтозом.

При анализе влияния уровня образования на риск развития заболеваний па-

родонта выявлено, что локализованный гингивит наиболее часто встречается у лиц со средне-специальным (53,9%) и высшем образовании (56,8%). Наименьшая распространенность (52,1%) оказалась у лиц со средним образованием. Наибольшая распространенность хронического генерализованного гингивита выявлена у лиц со средним (28,4%) и высшим (27,3%) образованием.

При изучении особенностей питания и гигиены полости рта нами выявлено, что подавляющее большинство пациентов с гингивитом и пародонтитом употребляют преимущественно смешанную пищу. В то же время пациенты с генерализованным пародонтитом статистически значимо чаще употребляют мягкую пищу, что связано, вероятно, с болезненными ощущениями во время приема пищи. Еще более часто мягкой пищей питаются пациенты с пародонтозом, что служит индикатором тяжести течения заболевания.

При анализе частоты встречаемости вредных привычек выявлено, что курение служит фактором риска развития генерализованного гингивита и пародонтита, поскольку у пациентов с генерализованными формами эта вредная привычка встречается статистически значимо чаще (41,3% и 42,2% при генерализованных гингивите и пародонтите соответственно против 24,6% и 31,5% соответственно при локализованных формах). Кроме того, при генерализованных формах примерно в два раза чаще встречается бруксизм (4,7% и 4,6% при генерализованных гингивите и пародонтите соответственно против 2,0% и 2,4% соответственно при локализованных формах).

Заключение. Таким образом, наиболее распространенное заболевание пародонта в обследованной популяции – гингивит, реже встречаются пародонтит и пародонтоз. У пациентов с локализованными формами гингивита и пародонтита при стоматологическом осмотре чаще выявляют мягкие зубные отложения, а у пациентов с генерализованными формами – минерализованные суб- и супрагингивальные отложения. Образование, курение и бруксизм можно рассматривать, как факторы риска развития генерализованных форм гингивита и пародонтита. У пациентов с пародонтозом чаще выявляют соматическую отягощенность.

Джураев М.Н., Курбонов А.М., Джураева С.М.

ЧАСТОТА ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ И ВОПРОСЫ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ

Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение частоты развития лекарственной аллергии у детей и способов её профилактики.

Материал и методы исследования. Частота лекарственной аллергии изучалась у 184 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детском аллергологическом отделении с различными формами лекарственной аллергии методом статистической обработки историй болезни этих детей.

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза 184 стационарных больных детей выяснилось, что на первом году жизни лекарственная аллергия встречалась у 40,1%, от года до трех лет – у 29,5%, от 4 до 7 лет – у 28,6%, старше 7 лет – у 1,8% больных.

Отмечалась сезонность проявления лекарственной аллергии – чаще в зимний (36,8%) и весенне-осенний (43,2%) периоды года.

Основной причиной развития лекарственной аллергии у обследованных детей оказались антибиотики пенициллинового ряда и его производные (44,7%) и цефалоспорины (36,0%), реже сульфаниламиды (12%), витамины (5,2%), белковые препараты (2,1%).

Аллергические реакции в процессе антибиотикотерапии наиболее часто наблюдались при лечении ОРВИ (60,3%), пневмонии и бронхита (21,2%). Большинство из этих детей имели отягощенный аллергологический и антенатальный анамнез.

Клиническими признаками медикаментозной аллергии были различного характера поражения кожи. У 28,7% имели место реакции общего типа (коллаптоидное состояние, гипертермия, беспокойство и др.), астматический синдром, а также пневмониты в сочетании с кожными высыпаниями (24,2%), генерализованные аллергические дерматиты (отек Квинке, синдром Стивенса-Джонса и др.) – у 5,9% больных.

Тщательное изучение анамнеза больных позволило выявить предполагающие факторы сенсibilизации организма у больных с лекарственной аллергией, а именно: применение антибиотикотерапии матери во время беременности, употребление облигатных и экстрактивных продуктов, тяжелое течение гестозов у матери во время беременности, наличие отягощенного аллергологического и антенатального анамнеза у ребенка, неблагоприятные жилищно-бытовые условия, искусственное вскармливание и неправильное введение прикорма, нерациональное и частое применение антибиотиков одной и той же группы, наличие хронических очагов инфекции у ребенка, паразитарных заболеваний и сопутствующих заболеваний ЖКТ и др.

Заключение. Учитывая все выше изложенное, антибиотикотерапия у детей раннего возраста при неосложненных формах ОРВИ должна назначаться по очень строгим показаниям с учетом коррекции биоценоза кишечника и характера вскармливания.

Зубайдова Т.М., Шамсудинов Ш.Н.,
Самандаров Н.Ю., Давлаткадамов С.М.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАВЫ ДУШИЦЫ МЕЛКОЦВЕТКОВОЙ, ПРОИЗРАСТАЮЩЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН РТ
Отдел Фармакологии и токсикологии лекарств Научно-исследовательского фармацевтического центра МЗиСЗН РТ

Душица мелкоцветковая (*Origanum tyttanthum Gontsch*), представляет собой многолетнее дикорастущее травянистое растение семейства Губоцветных (Labiatae).

Душица мелкоцветковая в Таджикистане произрастает от низовьев до водораздельного гребня в шибляках крупно-травных полусаванн и чернолесье («Флора и растительность ущелья реки Варзоб», 1971). Она широко распространена на Памироалае и Тянь-Шане, где занимает низкогорья (1000 м над ур.м.) и частично высокогорья (3000 м). Общая площадь зарослей душицы мелкоцветковой в горных и пригорных районах Таджикистана составляет свыше 140 тыс. га, а общие запасы воздушно-сухого сырья – 6490 тонн. При необходимости можно производить двухразовый сбор душицы, т.к. в конце лета она успевает вторично отрасти и может быть использована для получения лекарственного сырья (Нуралиев Ю.Н.и соавт., 1986). Неприхотливость душицы мелкоцветковой к почвенно-климатическим условиям обуславливает распространение её дикорастущих зарослей и создание естественных зарослей на непригодных для сельского хозяйства землях во многих пригорных и горных районах Таджикистана. Она хорошо размножается вегетативно и семенами (Горяева М.И., 1952), относительно быстро отрастает после срезки. В нашей республике душица мелкоцветковая произрастает почти круглый год. Если произвести сбор сырья в период цветения,

она может давать два полноценных урожая. Поэтому при соблюдении известных правил заготовки её запасы могут быть достаточно большими. Душица мелкоцветковая произрастает также в других республиках Средней Азии, Казахстане и Афганистане, Иране (Чиж М.И., 1970; Сагатов С.С., Ходжиматов М., Ромазанова Н., 1973; Пулатова Т.П., 1974; Ризо Эхради, 2007). Трава душицы обыкновенной в Таджикистане не произрастает.

В народной медицине Таджикистана настой травы душицы мелкоцветковой применяют при воспалительных процессах, бессоннице, застое пищи в желудке.

Потребность здравоохранения Таджикистана в препаратах душицы удовлетворяется за счет поставок из Российской Федерации. Во многие горные районы, на территории которых душица не произрастает, это пользующееся большим спросом средство не поступает годами.

Учитывая данное обстоятельство перед нами была поставлена задача изучить химико-фармакологические свойства, а также вопросы безопасности и показания к применению душицы мелкоцветковой в качестве заменителя душицы обыкновенной.

Заключение. Использование травы душицы мелкоцветковой в качестве заменителя импортного сырья имеет не только оздоровительное, но и весомое экономическое значение для ряда горных регионов и для республики в целом.

Касимова З.Н.

СТРУКТУРА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО СОРД

Курс акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Согдийский областной родильный дом

Целью работы явилось изучение структуры и факторов развития гнойно-воспалительных заболеваний в Согдийском областном родильном доме.

Материал и методы исследования. Нами произведен ретроспективный анализ 40 историй рожениц за 2018 г., течение беременности и родов которых осложнились гнойно-воспалительными заболеваниями. Всем женщинам были проведены клинико-лабораторные методы исследования:

общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови, бактериологические исследования, ультразвуковые исследования органов брюшной полости. 30% женщин первобеременные, повторные роды имели место в 70 % случаев.

Результаты исследования. Структура гнойно-воспалительных заболеваний за данный период в СОРД составила: хориоамнионит – 12% случаев, инфильтрат послеоперационной раны - 10%, флебит подкожных

вен верхней конечности – 10%, послеоперационный абсцесс – 2,5%, послеродовой эндометрит - 15%, послеродовой сепсис - 5% и 7,5% - карбункул почек.

Из числа факторов, приведших к гнойно-воспалительным заболеваниям было выявлено, что у всех женщин с хориоамнионитом течение беременности осложнилось дородовым излитием околоплодных вод с безводным периодом от 10 до 36 часов. 30% женщин были госпитализированы в СОРД уже с признаками хориоамнионита и длительным безводным периодом. 70% женщин, поступивших с дородовым излитием околоплодных вод, была выбрана выжидательная тактика. Диагноз «хориоамнионит» был выставлен на основании признаков инфекции.

Факторами развития эндометрита были: затянувшаяся активная фаза родов, многократные влагалищные исследования, длительный безводный период, хориоамнионит.

Диагноз «сепсис» был поставлен 2 женщинам, исход беременности и родов которых был осложнен тяжелой преэклампсией. К ключевым действиям по диагностике и лечению сепсиса на ранней стадии относятся его своевременное распознавание, быстрое введение антибиотиков внутривенно, незамедлительное привлечение экспертов и оперативное лечение. К сожалению, мы не

располагаем единым национальным протоколом для своевременной диагностики и лечения сепсиса, что отражается в плане ведения данного контингента женщин.

В 4-х случаях произведена гистерэктомия как радикальный метод лечения, в 3 случаях проведена консервативная терапия эндометрита. В 2-х случаях осложнение гнойно-септических заболеваний стали причиной материнской смертности.

Заключение. Гнойно-воспалительные заболевания остаются значимой проблемой в акушерстве, одной из лидирующих причин материнской и младенческой смертности. Акушерский сепсис – общемировая проблема, на решение которой направлены усилия многих специалистов, национальных и международных организаций. Наряду с эклампсией и акушерскими кровотечениями, сепсис в течении многих десятилетий формирует смертельную триаду причин материнской смертности не только в развивающихся странах, но и в развитых. Тяжелый сепсис с острой органной недостаточностью приводит к летальности в 20-40% случаев, при развитии септического шока - в 60% случаев. Несмотря на значительные успехи в диагностике, медицинском управлении и антимикробной терапии гнойно-септических заболеваний, все еще возникают трудности с их профилактикой и лечением.

Касьмова З.Н.

СЕПСИС КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Курс акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение причин материнской смертности от септических осложнений по Согдийской области.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй умерших женщин за период 2018 г. по Согдийской области.

Результаты и их обсуждение. За данный период в области умерло 20 женщин. Показатель материнской смертности в 2018 году составил 30,1 на 100 000 живорожденных, а за 2017 год он был равен 19,2 на 100 000 живорожденных. Как видно, МС имеет тенденцию к увеличению. Среди умерших

женщин преобладали женщины сельской местности (90%). Средний возраст составил 26,2 лет. Повторнобеременных было 75%, первобеременных - 25%, многородящих - 3%. Из числа умерших 40% были направлены в тяжелом состоянии в различные лечебные учреждения, а в 45% случаях течение беременности ухудшилось у женщин, которые уже находились в стационаре. Соматические заболевания как причина, приведшая к летальному исходу, в 30 % случаев стоит на первом месте. Септические осложнения составили четверть причин МС, акушерские кровотечения - 15% и чет-

вертое место составляют гипертензивные нарушения - 10 %.

Наряду с ЭПП и акушерскими кровотечениями, сепсис формирует смертельную триаду причин материнской смертности. В развитии тяжелого сепсиса играют роль множественные факторы риска – это травмы мягких тканей родовых путей, гематомы, оперативные вмешательства, в том числе и кесарево сечение; нарушение правил асептики; задержка мертвых тканей в родовом канале (продолгование беременности при мертвом плоде, затяжные роды, послеродовые кровотечения и т.д.). У многих женщин, которые умерли от сепсиса, имелся один и более факторов риска.

У беременных наиболее часто с септическим шоком ассоциируются инфекции мочевыводящих путей (карбункул почек) и хориоамнионит. Во многих ситуациях с септическими осложнениями, приведших к летальным исходам, так же имеется цепь взаимосвязанных причин, которые можно было предотвратить.

Послеродовой (послеоперационный) период у женщины с тяжелой преэклампсией осложнился гестационным пиелонефритом и развитием карбункула почек, а исход осложнений - это септическим шок, приведший к летальности. Причина - недолжное наблюдение и неадекватная терапия в послеродовом периоде.

Женщине с гематометрой в послеродовом периоде была произведена операция выска-

бливания полости матки и неадекватная антибактериальная терапия, что стало причиной развития тяжелого эндометрита с последующей тромбоэмболией легочной артерии.

Сепсис как причина летальных случаев имеет место при осложнении беременности и течения родов при дородовом излитии околоплодных вод и хориоамнионита у двух женщин. На данном фоне развился инфекционно-токсический шок, ДВС-синдром и СПОН. Причиной данного состояния явилось отсутствие должного наблюдения, несвоевременный выбор тактики ведения беременности и родов, нерациональная терапия в послеродовом периоде.

Заключение. Таким образом, изучив структуру МС, подтверждается тот факт, что септические осложнения в послеродовом периоде имеют тенденцию к росту и занимают второе место по летальности. Необходимо выявлять факторы риска развития септических осложнений у беременных и родильниц, наладить наблюдение за этой особой категорией пациентов и своевременно проводить адекватную терапию жизнеугрожающих состояний. Разработка и внедрение в практику родильных домов протоколов по ведению женщин с септическими заболеваниями во время беременности, родов и послеродовом периоде на основании данных доказательной медицины, во многом помогло бы акушеру-гинекологу в оказании квалифицированной акушерской помощи женщинам.

Мирзобекова Б.Т., Олимова Ф.А.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ЗНАНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ВОПРОСАМ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ГОУ ИПОвСЗ РТ

ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Повысить уровень знаний акушеров-гинекологов в приобретении теоретических и клинических навыков по вопросам акушерских кровотечений.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 35 акушеров-гинекологов родильных домов г. Душанбе и районов республиканского подчинения, прошедших курсы повышения квалификации по вопросам акушерских кровотечений.

Методы исследования – опрос по разработанным претестам, состоящим из 40 вопросов, и посттестам, состоящим из 55 вопросов, касающихся акушерских кровотечений. Послекурсовой тест включал вопросы, касающиеся всех разделов Национального стандарта (Приказ МЗ РТ от 21.02.2015г. № 161 «Клинические протоколы по антенатальному уходу при физиологической беременности, акушерских кровотечениях

и гипертензивным нарушениям во время беременности»).

Оценка практических навыков проводилась по обновленным 6 станциям ОСКЕ: 1 станция – оказание неотложной акушерской помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (ПОНРП); 2-ая станция – техника кесарева сечения при предлежании плаценты (ПП); 3-я станция – техника активного ведения третьего периода родов; 4-я станция – техника двуручного сдавления матки; 5-я станция – техника сдавления брюшной аорты; 6-я станция – реанимация новорожденного. На кафедре для каждой станции определены необходимые ресурсы, схема прохождения от станции до станции, методическое обеспечение, которое включало задание, инструкцию для стандартизированного пациента на станции, задание для врача на станции, информацию экзаменатора на станции и оценочный лист.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что средний уровень правильных ответов перед началом курса среди участников составлял 59%.

Установлено, что процент правильных ответов на посттестовые вопросы вырос в 1,6 раза и составлял 98%. Правильные ответы на поставленные ситуационные задачи дали 95% слушателей.

Повысилась информированность врачей по практическим навыкам: по клиническим проявлениям акушерских кровотечений – на 98%, диагностике ПП – на 99%, ПОНРП

– на 98% и ПК – на 99%. Практические навыки по использованию методов временной остановки послеродовых кровотечений возросли на 99%; техника активного ведения третьего периода родов составляла среди участников 100%; техника двуручного сдавления матки – 98%; техника сдавления брюшной аорты – 99%; реанимации новорожденного – 98%.

Содержание курса оправдало ожидания у 100% участников, 94% были полностью согласны, 6% – не согласны. Данные анкетирования показали, что содержание занятий представляет важность для 98% слушателей, очень важно для работы – для 12%. Цели и задачи занятий были понятны 98% участникам, способствовали обучению – 89%, обучение дало достаточно практики и обратную связь – 100%.

Заключение. Инновационные методы обучения стимулируют творческий подход к работе, самостоятельность, ответственность, умение оперативно принимать правильное решение в сложных ситуациях, осваивать современные, передовые методы диагностики и лечения. С целью улучшения качества учебного процесса необходимо регулярно обновлять тестовые вопросники с учетом современных требований и расширять станции ОСКЕ для повышения практических навыков специалистов. Обновленные тестовые вопросники и разработанные станции ОСКЕ рекомендовано внедрить на кафедрах до- и последипломного образования страны.

Мирзоев Н.М., Ходжамуратов Г.М., Хамидов Ф.М., Шамсов Н.Х.

ПОМОЩЬ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ОЖОГОВ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Актуальность. Последствия ожогов представляют довольно серьезную проблему как с функциональной, так и с эстетической точек зрения. Несмотря на довольно значимые улучшения в хирургической методике лечения таких больных, до настоящего времени существуют проблемы, в особенности касающиеся больных с повторным обращением.

Цель исследования. Выявление причин повторного обращения больных за хирургической помощью при послеожоговых последствиях пальцев и кисти.

Материал и методы исследования. В отделении восстановительной хирургии РНЦСХ за 2014-2019 годах проведены эстетические и корригирующие оперативные вмешательства 51 больному с последствия-

ми ожогов пальцев и кисти. Всем больным проведены корригирующие оперативные вмешательства с целью улучшения эстетики и устранения послеожоговых контрактур. В 34 случаях после устранения контрактур, когда имелся дефект раны до 1,5×1,2 см, дефект укрыт за счет местных тканей, в 17 случаях, когда после устранения контрактуры пальцев имелся дефект больше 1,5×1,2 см, дефект укрывался за счет различных аутоотрансплантатов. При устранении послеожоговых дефектов больших размеров, в частности на ладонной поверхности кисти во всех случаях использовали несвободный паховый лоскут.

Результаты и их обсуждение. Из 51 оперированного больного с последствиями ожогов в послеоперационном периоде 23 больных наблюдались в течение года. В 6 случаях наблюдалось повторное обращение больных для проведения повторных корригирующих операций. Причинами повторного обращения были ранний детский возраст, отсутствие движений пальцев и кисти, поэтапные

операции, длительный срок использования гипсовой повязки и нагноение раны.

Заключение. При анализе выявления причин повторного обращения больных за хирургической помощи при последствиях ожогов пальцев и кисти для улучшения хирургических результатов и снижения количества больных с повторным обращением, мы выяснили, что необходимо учитывать такие аспекты, как ранний детский возраст и неподготовленность больных в плане физической и психической готовности, а также использовать перемещённые местные лоскуты. При длительных сроках использования гипсовой повязки необходимо контролировать время использования, чтобы предупредить вероятность повторного обращения за хирургической помощью. Также надо сказать, что в случаях нагноения в интра- и послеоперационном периодах необходимо соблюдать правила асептики и антисептики, чтобы снизилось количество больных с повторным хирургическим обращением.

*Муниева С.Х., Самадзода У.С., Кудратова С.А.,
Бобоева Н.Р., Мухаммадиев Ф.Э.*

ПУРСИШ ДОИР БА ДОШТАНИ МАЪЛУМОТ, ДАР БОРАИ СИРОЯТҲОИ БО ВОСИТАИ АЛОҚАИ ЧИНСИ ГУЗАРАНДА, ДАР БАЙНИ ЧАВОНОН

Кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи МДТ ДТБКСТ ЧТ
Маркази шаҳрии бемориҳои пӯст ва зухравии ш. Душанбе
Маркази вилоятии дерматовенерологияи вилояти Хатлон
КАТС-и ноҳияи Шаҳритуз

Мубрамият. Сироятҳои бо воситаи алоқаи чинси гузаранда, ба гурӯҳи бемориҳои аз ҷиҳати иҷтимоӣ ноҳуб ё бемориҳои сабабашон вазъи иҷтимоӣ буда, ки айни замон аз ҳисоби нашъамандӣ, майзадагӣ, сирояти ВНМО зиёд шуда, бе ҳамин ҳам вазъи эпидемиологияи шадидро оид ба сироятҳои шахвонӣ-интиқоли душвор месозанд, дохил мешаванд.

Сироятҳои бо воситаи алоқаи чинси гузаранда, вобаста ба оқибатҳои вазнини ба ҳолати солимии аҳоли таъсиррасонанда, масъалаи муҳимтарини тиббӣ-санитарӣ мебошанд.

Чавонони донишҷӯ, ки бартаран ба ин гурӯҳи синусолии аз ҷиҳати шахвонӣ нисбатан ғаёбол буда, дохил мешаванд, гурӯҳи хавф

оид ба СБАҶГ ба ҳисоб мераванд. Маҳз дар ҳамин давраи ҳаёти инсон гирифтани дониш ва коркарди низоми муқаддасот ба амал меояд, ки рафтор ва тарзи ҳайти минбаъдаи ӯро ташаккул медиҳад [1, 2, 3]. Албатта пешгирии СБАҶГ дар навбати аввал бояд дар ин гурӯҳҳои синну соли иҷтимоӣ – дар байни хонандагони синфҳои болоӣ ва донишҷӯён гузаронида шавад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои охир чунин тадқиқот гузаронида нашудааст, ки ин барои кори мо асос гашт.

Мақсади тадқиқот. Баҳо додани сатҳи дониши донишҷӯёни муассисаҳои олии таълимӣ дар бораи СБАҶГ мебошад.

Маводҳо ва усулҳо. Тадқиқот бо усули саволномапуркунии пинҳонии донишҷӯён

гузаронида шуд. Саволнома, ки аз ҷониби муаллифони тадқиқот таҳия гардида буд, 15 саволро ба намунаи ҷавобҳо аз 5 то 7-то дар бар мегирифт. 120 нафар пурсида шуд, ки аз онҳо 38% - духтарҳо ва 62%-ро писарон ташкил менамуданд, аз ин шумора 91%-и ҷавонон дар синни 18-21 сола буданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии натиҷаҳо. 89 % пурсидашудагон ҷавоб доданд, ки дар бораи СБАҶГ маълумот доранд. Қисмати зиёди онҳо (61%) ба сифати манбаи маълумот ВАО (имрӯзҳо ин пеш аз ҳама интернет ва телевизион мебошад), 27% - дӯстон ва шиносон, 42% - адабиёти махсусро қайд намуданд. Сифати дониши бадастомад чи гуна бошад? Масалан, ҳамаи бемориҳои дар саволнома номбаршударо (оташак, сузук, хламидиоз, гепатити В, сирояти ВНМО, табхол, кандидоз, микоплазмоз) ҳамчун СБАҶГ танҳо 24%-и пурсидашудагон қайд намуданд ва дар ҷавобҳои намояндагони муассисаҳои олии таълимии гуногун фарқият вучуд нашофт. Сирояти ВНМО-ро 97-99%-и донишҷӯён ба СБАҶГ нисбат додаанд, ки инро метавон бо эҳтиёткорӣ ва миқдори маълумот дар ВАО дар бораи бемории мазкур шарҳ дод. Аммо шумораи бениҳоят ками ҷавонон дар бораи дигар СБАҶГ маълумот доранд. Агар оташакро 82%-и донишҷӯёни пурсидашуда сирояти таносулӣ шуморанд, пас гепатити В-ро танҳо 9%, хламидиоз – 23%, табхол – 21% ва кандидозу микоплазмозро бошад, ҳамагӣ 14%-и пурсидашудагон сирояти таносулӣ медонанд. Ба саволи дар бораи гурӯҳи ҷавононе, ки бештар хавфи бештари сироятнок шуданро доранд, ҷавоб дода, 91% донишҷӯён касонеро номбар намуданд, ки ҳамхобаҳояшонро зуд-зуд иваз мекунанд.

Танҳо 57 % донишҷӯён истифодаи рифоларо ҳангоми ҳар як алоқаи ҷинсӣ самаранок шуморида, 8 % саҳван фикр мекунанд, ки СБАҶГ метавон бо маводҳои контрацептивии гормоналӣ пешгирӣ намуд. Ҳамзамон 43 % пурсидашудагон чунин мешуморанд, ки шахсан барои онҳо хавфи сироятнокшавӣ аз СБАҶГ вучуд надорад, 46 % хавфро паст ё бениҳоят паст, 7 % — ҳамчун миёна ва танҳо 4 % — ҳамчун баланд ё бениҳоят баланд баҳо медиҳанд. Ҷавобҳо ба саволҳои мазкур бештар пухта буданд: «Амалҳои шумо ҳангоми шубҳа кардан аз он ки Шумо бо СБАҶГ сироятнок шудед». 46 %-и пурсидашудагон ба табиб-мутахассис муроҷиат менамоянд. Ин дар борраи он шаҳодат медиҳад, ки аксарият дар бораи он ки барои кӯмак ва машварат ба кучо

бояд муроҷиат намуд, дар бораи имкони ба таври махфӣ гузаштани муоина ва табобат маълумот надоранд. 11 % ҷавонписарон ва духтарон бо волидон маслиҳат мекунанд, 27 % ба дӯстон муроҷиат мекунанд, 9 % пурсидашудагон, бо умедвор шудан аз маслиҳатҳои сершумор ба худтабобаткунӣ машғул мешаванд ва 7 % аз СБАҶГ табобат гирифтандро умуман ҳатмӣ намешуморанд.

Саволҳои хотимагии саволнома барои ба даст овардани маълумот дар бораи манбаҳои гирифтани маълумот дар бораи СБАҶГ, ки барои ҷавонон бештар писанд мебошанд ва қаноатмандӣ аз маълумоти аз ҷониби ВАО доир ба масъалаи мазкур пешниҳодкунанда, раван карда шуда буданд. Саволҳо ғайриҷашмдошт набуданд: 47 % мехостанд, ки маслиҳати мутахассисро шунаванд, 38 % маълумотро аз нашрияҳои махсус мегиранд, 47 % дар оянда низ мехостанд маълумотро тавассути ВАО гиранд. Ҳамзамон 52 % пурсидашудагон чунин мешуморанд, ки имрӯзҳо ВАО дар бораи СБАҶГ маълумоти кофӣ намедиханд.

Хулоса. Бо дарназардошти хусусияти сироятҳои бо воситаи алоқаи ҷинсӣ гузаранда, доираи паҳешавӣ, таркиби иҷтимоии беморон, ҳолати маънавии беморон, таъсири номатлуб ба организми ҷавон, роҳандозӣ кардани чораҳои зарурӣ, ки на танҳо дарёфт кардан, бақайдгирӣ ва табобат, балки тарғиби васеи илмии пешгирии аввалияи СБАҶГ дар байни ҷавонон дар бар мегиранд, зарур аст. Аксарияти донишҷӯёни муассисаҳои олии таълимӣ, ки дар пурсиши махфиёна иштирок карданд, дар бораи гурӯҳҳои хавф, оризаҳо ва пешгирии СБАҶГ тасаввуроти дуруст доранд. Ҳамзамон номувофиқи байни маълумотнокии баланд дар бораи СБАҶГ ва равтори воқеии хавфноки ҷинсӣ вучуд дорад. Барои қисмати зиёди ҷавонон манбаи асосии маълумот доир ба масъалаи мазкур ВАО (пеш аз ҳама телевизион ва интернет) боқӣ мемонанд, ки на ҳамеша ба талаботи муосир ҷавобгӯ мебошанд. Дар ВАО барои ҷавонон бояд барномаҳои омӯзишӣ бо иштироки мутахассисон, ки ба пешгирии аввалиндараҷаи СБАҶГ, ташаккули тарзи ҳаёти солим бахшида шудаанд, пешниҳод карда шаванд. Бо дарназардошти талаботи қариб нисфи пурсидашудагон доир ба маслиҳат пурсидан аз мутахассис, барқарор намудани таҷрибаи дар толорҳои на он қадар калони донишҷӯӣ гузаронидани лексия, суҳбат, бозиҳои нақшӣ, давраҳои омӯзишӣ, ки ба масъалаи СБАҶГ бахшида шудаанд, мақсаднок мебошад.

Норқулов Т., Тоиров М.Г.

МАСЪАЛАҲОИ ЭТИКИ ДЕОНТОЛОГИ ДАР ТАЪЛИМОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ СОҲАИ ТИБ

Курси бемориҳои дарунии шўъбаи дар ш.Бохтари МДТ ДТБКСТ ҚТ

Мақсад. Равишҳои татбиқи муқаррароти этикӣ деонтологӣ дар таълимоти баъдидипломии кормандони тиб.

Муҳокима. Дар шароити муосир, соҳаи тиб нақши хеле муҳими иҷтимоӣ бозида, барои таҳкими минбаъдаи ҳифзи саломатӣ, баланд бардоштани сифати хизматрасонии тиббӣ, баланд бардоштани одобу ахлоқи кормандони тиб, тақозои замона мебошад.

Масъалаҳои ахлоқи этикӣ деонтологӣ кормандони тиб аҳамияти бузургӣ ҷамъиятӣ дошта, омӯзиши мунтазами он рушди мантиқии худро дар таълимоти баъдидипломи ва фаъолияти касбӣ ба анҷом мерасонад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ба одобу ахлоқи кормандони тиб аҳамияти муҳим дода мешавад. Мутобиқи Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30 майи соли 2017, тахти №1413, кормандони тиб ўҳдадоранд: дар асоси меъёрҳои башардӯстонаи одобу ахлоқи тиббӣ, ки муносибати ахлоқии кормандони тибро бо беморон ва хешу табори онҳо танзим менамоянд, фаъолият кунанд, рафторе, ки ба бемор ва наздикони ӯ таъсири манфӣ мерасонад, роҳ надиханд, ҳангоми ҳамсўҳбат шудан бо бемор ва хешу табори ӯ қоидаҳои одоби табибиро қатъиян риоя намоянд.

Мутаассифона, то ҳанӯз ҳатоҳо ва ҳолатҳои муноқишаи кормандони тиб бо беморон ва хешу табори онҳо ба ҷашм мерасанд, ки метавонанд ба таври назаррас ғоиданокии ҷамъиятии фаъолияти тиббиро паст намояд.

Ҷазоҳои ҷиноии ҳатоҳои табибон ва ҷинояткорӣ дар байни мутахассисони тиб хеле

кам бошад ҳам, ҳатогиҳои деонтологӣ хеле зиёданд ва ин ҳолатҳо ба паст гардидани самаранокии фаъолияти тиббӣ мегардад. Як қатор ҳатогиҳои деонтологӣ метавонанд ба маъҷубӣ, оризаҳо ва ҳатто ба ғавти беморон оварда расонанд.

Бинобар ҳамин, дар таълимоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ, на танҳо баланд бардоштани донишҳои касбии кормандон равона карда шудан, ҳамчунин додани диққати хоса ба ҷараёни омӯзиши ҷиҳатҳои риояи меъёрҳои ахлоқӣ, қоидаҳои рафтори кормандон ҳангоми иҷрои вазифаҳои хизматӣ, талаботи ҳозиразамон мебошад.

Таълими этикӣ деонтологӣ шунавандагонӣ кафедраю курсҳои баъдидипломии кормандони тиб на камтар 6 соатро (1 рӯз) фаро гирифта, ворид намудани мавзӯҳои дахлдори деонтологияи тиббӣ ба машғулиятҳои семинарӣ ва амалӣ, муҳокимаи яқҷояи шунавандагон бо омӯзгор ҳангоми омӯзишҳои амалӣ оиди боздидҳо доир ба роҳҳои имконпазири рафти таъйиноти ҳалли мушкилиҳои деонтологӣ ва интиҳоби тактикаи муносиби рафтор, ба баланд бардоштани ғоиданокии фаъолияти тиб мусоидат менамояд.

Хулоса. Ҷанбаҳои этикӣ деонтологӣ тиббӣ дар ҷамъият нақши муҳимро бозида, омӯзиши онро дар таълимоти баъдидипломии кормандони соҳаи тиб, дар баробари фаъолияти таълим, таъбабат ва илм, критерияи муҳими меъёри кории кафедраю курсҳо ба ҳисоб меравад.

Ортикова М.М., Аҳмедов А., Мирзоева З.А., Шодиёв И.Н.

ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ГЕЛЬМИНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГЦЗ №1 Г. ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить и анализировать структуру распространённости гельминтных заболеваний среди членов семьи города Душанбе Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились члены семьи различных возрастных категорий по территории ГЦЗ №1 г. Душанбе Республики Таджикистан. Исследованию подвергался контингент населения с низкой массой тела с признаками хронического расстройства питания по типу гипотрофии – дети, у которых объём верхней трети плеча составил ниже 12,5 см – признак глубокой гипотрофии, умеренной гипотрофии 12,5-13,5 см. Среди взрослого населения – при индексе массы тела ниже 18 кг/м², признаках анемии – гемоглобин ниже 110 г/л, у беременных – ниже 70 г/л, у взрослого населения у мужчин – ниже 135 г/л.

Результаты и их обсуждение. Из 557 обследованных наибольшее количество случаев глистной инвазии регистрируется в возрасте 7-11 лет – 116 случаев (20,8%), 3-6 лет – 102 случая (18,3%), 15-20 лет – 100 случаев (18,0%), с 12-14 лет – 75 случаев (13,5%), 21-29 лет – 57 (10,2%), в 2 года – 41 случай (7,4%), 30-49 лет – 30 случаев (5,4%), 50-60 лет – 22

случая (3,9%) и с нуля до 12 месяцев – 14 случаев (2,5%).

Анализ работы показал, что по ГЦЗ №1 из 557 больных глистной инвазией зараженность среди членов семей лямблиозом составляет 311 лиц (55,8%), аскаридозом – 115 лиц (20,6%), гименолепидозом – 65 лиц (11,7%), у 66 лиц имелся энтеробиоз – 11,9%. Заболеваемость больше регистрируется среди населения от 7 до 11 лет – 20,8%, наименьшее с 0 до 12 месяцев – 14 случаев (2,5%).

Заключение. Анализ и изучение структуры распространённости гельминтных заболеваний в ГЦЗ №1 г. Душанбе Республики Таджикистан указали на то, что задачей семейного врача является проведение динамического скрининга за всеми членами семей с целью выявления глистных инвазий с последующим лечением и диспансеризацией, особенно в семьях с неблагоприятными материально-бытовыми условиями. Семейный врач может предположить, в какой семье имеется высокий риск развития гельминтозов. Во время своих активных визитов семейные врачи должны обращать внимание на возрастные категории с 3-х лет до 20 лет, у которых риск зараженности больше, чем в других возрастных категориях.

Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Воситзоде З.Ф.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ НЕКОТОРЫХ ГЕЛЬМИНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить эпидемические особенности распространённости некоторых кишечных гельминтов (карликового цепня, остриц, аскарид, лямблий) в различных климатических зонах республики.

Материал и методы исследования. Использовались статистические данные Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Республиканского Центра статистики и медицинской информации. Методом исследования использовался сравнительный анализ заболеваемости в различных регионах Республики Таджикистан.

Результаты и их обсуждение. По городу Душанбе больше регистрируется лям-

блиоз – 62,5 случаев на 100 тыс. населения. Наименьшее количество случаев лямблиоза на 100 тыс. населения регистрируется в Аштском районе Согдийской области – 34,4. Большое количество аскаридоза регистрируется в городе Истаравшан Согдийской области – 607,8 случаев на 100 тыс. населения, в районе Хамадони Хатлонской области – 410,6 случаев, в Аштском районе Согдийской области – 358,1 случаев на 100 тыс. населения, наименьшее количество в городе Душанбе – 11,2 случаев. Наибольшее количество энтеробиоза регистрируется в районе Хамадони Хатлонской области – 50,3 случаев, наименьшее количество случаев регистрируется в городе Истаравшан – 16,5

случаев и в Аштском районе – 22,0 случая Согдийской области.

Заключение. Учитывая эпидемиологическую ситуацию по гельминтным заболеваниям среди населения в городах Душанбе и Истаравшан, в районах Хамадо-

ни Хатлонской области и Аштском районе Согдийской области Республики Таджикистан, следует чаще отслеживать и проводить скрининг гельминтных заболеваний в других географических регионах Республики Таджикистан.

Рахимов З.Я., Нозиров Дж.Х., Кудратбеков А., Пулодов Р.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН В КОНТЕКСТЕ С ЭПИДЕМИОЛОГИЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в частности ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ), являются ведущими причинами временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения. В Таджикистане еще с 1986 года главной причиной смертности населения были ССЗ. В этом плане особый интерес представляет у нас изучение эпидемиологии ФР ССЗ.

Цель исследования. Изучить распространенность отдельных ФР ССЗ в контексте с первичной заболеваемостью, показателями смертности и инвалидности среди неорганизованной популяции Таджикистана.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 16500 человек в возрасте от 15 до 59 лет. Опрос на выявление ИБС, АГ и их ФР проводился согласно рекомендациям ВОЗ (опросник Роуза). Кроме того, всем обследованным были проведены клинические, антропометрические, лабораторно-биохимические, функциональные и статистические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Среди причин смерти в популяции Таджикистана лидируют неинфекционные заболевания (НИЗ). В структуре смертности от НИЗ ССЗ занимают 77%, онкологические заболевания – 13%, ХОБЛ – 5,2%, сахарный диабет II типа – 5,0%. По данным Human Development Report, UNDP-2016, стандартизированный по возрасту показатель смертности от НИЗ в Таджикистане составляет (на 100 000 населения) 704,0. Для сравнения, в соседнем Афганистане этот показатель составляет 851,6; в Кыргызстане – 771,4; Казахстане – 787,9, а в

Туркменистане 823,4. Однако, надо помнить, что отдельным странам удалось снизить показатель смертности до уровня 417,9 (США), 623,0 (Беларусь) и 659,7 (Россия). Показатели инвалидности в Таджикистане также нарастают: только в 2018 году по причине ИБС инвалидность достигла 2536 человек (из общего количества 3692 человек по ССЗ), что составляет 68,7%. Данные обращаемости населения показывают, что первичная заболеваемость по ССЗ прогрессивно снижается: за последние 5 лет (2013/2017), например, она снизилась на 34,1% (с 1327,1 до 875,1). В то же время, отмечается неуклонный рост заболеваемости населения с АГ (в 1,6 раза): в 2006 году (из расчета на 100 тыс. населения) – 304,4, а в 2016 году – 508,0. Стенокардия напряжения (СН) обнаружена у 7,8±0,4% лиц (у 7,3±0,6% мужчин и 8,2±0,6% женщин). АГ обнаружена у 25,0±0,7% обследованных, несколько чаще у женщин – 26,2±0,9% (у мужчин – 23,4±1,0%). Избыточная масса тела установлена у 25,4±0,7% обследованных (у 26,0±1,0% мужчин и у 25,0±0,9% женщин), ожирение – у 11,2±0,5%, в 1,2 раза чаще у лиц женского пола. Курение во всех его формах было установлено среди 22,6±0,7% опрошенных. Из них 3,8±0,3% составляли лица, курящие сигареты, а 18,8±0,6% – потребители бездымного табака – «насвая». Употребляли алкоголь 5,4±0,4% обследованных, в основном лица мужского пола. Гиподинамия выявлена у 29,7±0,7% лиц, чаще всего (в 1,6 раза) среди лиц мужского пола ($p < 0,005$). Наличие высоких и средних уровней стресса выявлено у 40,2±1,7% опрошенных (35,2±1,1% мужчин и 44,1±1,0% женщин). Как у лиц мужского, так

и женского пола обнаружена положительная линейная связь заболеваемости ИБС и АГ в зависимости от возраста и в сочетании с совокупностью нескольких ФР.

Заключение. Таким образом, подтверждается принцип причинно-следственной связи (детерминированности) первич-

ной заболеваемости ИБС и АГ от возраста (немодифицируемый фактор) и сочетанного воздействия модифицируемых, поведенческих ФР. При этом уровень показателей первичной заболеваемости ИБС и АГ четко коррелируют как с наличием выраженности, так и частотой наличия совокупности ФР.

^{1,2}Рахимов З.Я., ¹Шарипов Ш.З., ¹Олимова Ш.А.

РАЦИОНАЛЬНОЕ И ИРРАЦИОНАЛЬНОЕ В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА УРОВНЕ ПМСП

¹МЗиСЗН РТ

²Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОСЗ РТ

Актуальность. Общая заболеваемость в Таджикистане определяется значительной распространенностью неинфекционных заболеваний (НИЗ). Они в Таджикистане занимают около 80% от общей заболеваемости. В структуре причин общей смертности сердечно-сосудистая патология занимает 41%. Сегодня наша медицина сталкивается с весьма сложными клиническими задачами, связанными с широкой распространенностью факторов риска (ФР) заболеваний, широким распространением состояний коморбидности и даже полиморбидности. Это усугубляется коррупционными отношениями и нарастающей диктатурой фармкомпаний с предложениями «своих» всевозможных «чудодейственных» лекарственных препаратов, которые и без того усугубляют уже существующие, непролазные для практикующего врача, лекарственные терапевтические «джунгли». Исходя из этого, мы решили проанализировать качество лечебно-диагностического процесса на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Цель исследования. Изучить качество лечебно-диагностического процесса на уровне ПМСП и определить пути его оптимизации.

Материал и методы исследования. Были изучены амбулаторные карты больных поликлинического звена (380), выписки из историй болезни, протоколы работы терапевтических лекарственных комитетов (ТЛК), национальные клинические протоколы (КП) по диагностике и лечению больных с НИЗ, список основных лекарственных средств

(СОЛС) РТ 2018 года, а также Лекарственный формуляр РТ (ЛФ РТ, 2016).

Результаты и их обсуждение. Оказалось, что часто врачи действуют по устаревшим КП и не руководствуются новейшими исследованиями, часто назначают ненужные препараты для «подстраховки» или под диктатом заинтересованных лиц и дистрибьюторов фармкомпаний. Это ведет к необоснованной полипрагмазии и дополнительным финансовым затратам. Для пациентов такой лженаучный подход всегда оборачивается лишними тратами на ненужные, а, нередко, и вредные лекарства. Для государства же это является тяжелейшим бременем как в плане экономического, так и социального развития. Сегодня в развитие медицины вложено много средств, произведен современный ремонт в медицинских учреждениях, закуплена новейшая техника, но главная проблема практической медицины — недостаточно эффективное лечение — еще не искоренена. Мы уверены, что начинать надо с реформ в системе медицинского образования, причем на всех его уровнях. Сегодня весьма недостаточно преподаётся история медицины, выпускники мало знают о трудах Гиппократов, Авиценны, Парацельса, Закария Розы и других классиков медицины, они мало знакомы с основными принципами доказательной медицины и новейшими возможностями персонализированной медицины. Они не владеют навыками качественной статистической обработки, плохо владеют пропедевтикой и клинической фармакологией. Как выяснилось, с последним СОЛСом

РТ (2018 года) знакомы лишь от 13% до 18% врачей ПМСП, а Лекарственный формуляр РТ (2016 года), как оказалось, мало кто из практикующих врачей видел вообще. Наши наблюдения показали, что только 47% врачей ПМСП пользовались КП должным образом.

Заключение. Необходимо существенно повысить качество обучения и его контроль во всех медицинских колледжах и вузах,

исходя из вновь пересмотренных в 2019 году квалификационных характеристик специалистов медицинского профиля. Реорганизовать работу Терапевтических Лекарственных Комитетов, позволяющих эффективно контролировать качество лечебно-диагностического процесса и внедрять новейшие медицинские технологии в практическое здравоохранение.

Саидмуратова Р.Х., Таварова Н.Х.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫХАЖИВАНИЕ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Анализ полноты медицинского наблюдения матерей и оказания неонатологической помощи их маловесным детям.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились родильницы и их дети, родившиеся маловесными. В зависимости от массы тела при рождении все дети были распределены на 5 групп. В первую группу вошло 11 детей, родившихся массой тела менее 1000 г, вторую группу - 62 составили 62 новорождённых массой тела от 1000 до 1499 г, третью группу - 112 детей массой тела от 1500 до 1999 г, четвёртую группу - 200 новорождённых массой от 2000 до 2499 г, пятую группу - 32 новорожденных массой тела 2500 г.

Результаты и их обсуждение. Выявлен большой удельный вес детей, родившихся у матерей, не состоявших во время беременности на медицинском учёте, - 23,1%. При этом матерей, не состоявших под наблюдением во время беременности, было существенно больше в группе недоношенных с массой тела при рождении менее 2500 г, чем со средней массой (23,8% против 17,6%). Среди детей массой тела менее 2000 г было в 2 раза больше их матерей (4,6%) с поздним сроком обращения по поводу беременности (28 недель и более), по сравнению с группой детей с массой 2000 г и более (2,5% - 2,4%).

Необходимо отметить, что в I-II группах детей был самый высокий уровень матерей,

обратившихся к врачу в ранние сроки беременности (36,6%). Аналогичный показатель был в других группах: 27,3% в III; 25,2% в IV и 28,6% в V группе.

Адекватность реанимационных мероприятий находилась в прямой зависимости от массы тела при рождении. В 2,1 раза чаще отмечено позднее начало реанимационных мероприятий у детей массой тела менее 1499 г. Это было следствием недооценки врачом состояния ребёнка (10,9%), не диагностированной хронической внутриутробной гипоксии плода (9,9%), домашних родов (3%). Существенное влияние на состояние новорождённого оказывал неполный объём реанимационных мероприятий. Так, 15,8% детям с очень низкой массой тела, родившихся в тяжёлой асфиксии, не были проведены адекватная вентиляция лёгких (15,4%), интубация трахеи (23,1%).

Заключение. В прогнозе выживаемости детей с низкой массой тела большое значение играют качество, уровень выхаживания и лечение новорожденного ребёнка. В группе детей массой тела менее 2000 г удельный вес новорожденных, получивших своевременное лечение, был несколько ниже (80,5% в IV и 97,8% в V группах). Детей, не получивших полного объёма лечения, также было больше (2,5-7,4 раза) в группе родившихся с массой тела менее 2000 г, по сравнению с массой тела более 2000 г.

Саидмурадова Р.Х., Махкамов К.К., Абдуллоева О.Р., Маджидова М.Х.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РОЖДАЕМОСТИ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Родильный дом № 1» города Душанбе
ГУ «Родильный дом № 2» города Душанбе

Актуальность. Сохраняющийся высокий уровень перинатальной заболеваемости и смертности обеспечивается за счет детей, родившихся с низкой массой тела, которые в последующем имеют высокую вероятность развития нарушений нервной системы вследствие аномалий ее развития, гипоксии и др.

Учитывая, что в последние годы сохраняется тенденция к росту рождения детей с низкой массой тела в Республике Таджикистан, то изучение состояния здоровья вышеуказанной категории детей приобретает особый интерес.

Цель исследования. Выявить неблагоприятные медико-социальные факторы риска рождения маловесных детей.

Материал и методы обследования. Объектом исследования были маловесные дети, родившиеся в родильном доме №1 города Душанбе. В ходе выполнения работы был проведен сбор данных, касающихся течения беременности, родов, осложнения родов, состояния маловесных новорожденных.

Результаты и их обсуждение. Анализ связи показателя массы тела новорожденного с порядковым номером родов выявил самые низкие ее значения у детей, родившихся от 1-х родов. Увеличение массы тела происходило при каждом последующих родах вплоть до 5-х, с тенденцией в дальнейшем к снижению массы тела новорожденного после 6-х родов.

Нами установлено, что среди мальчиков масса тела, независимо от порядкового номера родов, была выше массы тела девочек, в среднем на 175 г, причем у родившихся при 4 родах она превышала на 443 г.

Анализ связи показателя массы тела новорожденного с возрастом матерей выявил, что самая низкие ее величины установлены в группе женщин в возрасте до 19 лет, которые на 120 г были ниже, чем у родившихся у женщин в возрасте от 20 до 34 лет, и на 236 г относительно родившихся у женщин старше

35 лет. Особенно различия отмечались среди мальчиков. С возрастом рожениц масса тела новорожденных увеличивалась. Так, масса новорожденных, родившихся у женщин старше 35 лет, была в среднем на 116 г выше новорожденных, родившихся у матерей в возрасте 20-34 лет.

Фактором, оказывающим существенное влияние на величину массы тела новорожденных, явились гипертензивные нарушения во время беременности и анемии беременных. Установлено, что все показатели физического развития новорожденных значительно ниже у матерей с гипертонзией беременности, чем у новорожденных от здоровых матерей. Так, у детей рост был меньше на 0,48 см, масса – на 42 г, окружность головы – на 23 см и окружность груди – на 0,66 см, чем у детей контрольной группы. Средняя масса новорожденных, родившихся у матерей с токсикозом второй половины беременности, была на 105 г, а с анемией беременных - на 68 г ниже, по сравнению с новорожденными от здоровых матерей.

Также нами был проведен анализ влияния религиозных традиций на физическое развитие новорожденных. В нашем исследовании была выделена группа детей от матерей, соблюдавших во время беременности религиозный пост - уразу. У детей, родившихся у матерей, соблюдавших во время беременности пост, в 5 раз чаще выявилась задержка внутриутробного развития плода, по сравнению с детьми, у которых мать не придерживалась такой традиции во время беременности. При этом если соблюдение поста уразы начиналось с первой половины беременности, то частота ЗВУР составляла 56,1%, а если со второй - 38,8%.

Заключение. Проведенные исследования показали, что на величину массы тела новорожденных в г. Душанбе влияют частота родов, возраст и состояние здоровья матерей, включая особенности уклада их жизни и традиций, пол ребенка.

Саидмурадова Р.Х., Таварова Н.Х.

АСПЕКТЫ РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение факторов, приводящих к рождению детей с экстремально низкой массой тела.

Материал и методы исследования. Результаты исследования основаны на данных анализа 23 историй развития новорождённых с экстремально низкой массой тела и их матерей в родильном доме №1 г. Душанбе. Определены основные факторы риска, влияющие на преждевременное рождение детей с экстремально низкой массой тела.

Результаты и их обсуждение. Клиническая оценка исследуемой группы детей и их матерей позволила выявить высокий уровень экстрагенитальной патологии у женщин (хронический пиелонефрит 52%, гипертоническая болезнь 3%, заболевания желудочно-кишечного тракта 15%). Неблагоприятное течение настоящей беременности отмечено у 100% женщин, родивших детей с экстремально низкой массой тела. Так, угроза прерывания беременности была у 56% женщин, преэклампсия - у 16%, эклампсия - у 3%, отсутствие прибавки в массе тела - у 25%, заболевания, передаваемые половым путём, отмечены у 4% женщин. Гинекологический анамнез матерей показал, что привычные выкидыши были у 48% женщин, преждевременные роды - у 36%, не состояли на учёте в центрах репродуктивного здоровья 22% женщин.

Нами установлена зависимость недостаточного образовательного ценза с низкой

медицинской активностью беременных женщин. Из общего числа матерей, родивших детей с экстремально низкой массой тела, 62% составили домохозяйки, учащихся средних и высших учебных заведений было 22%, служащих – 16%.

При этом 76% женщин, родивших детей с экстремально низкой массой тела, проживали в неблагоприятных социально-бытовых условиях с несоблюдением гигиенических норм.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что целенаправленная активная профилактика невынашивания беременности наряду с совершенствованием организационных форм оказания помощи детям с экстремально низкой массой тела, реанимация, интенсивный уход и реабилитация должны стать основным направлением в решении этой важной проблемы. Достижения перинатологии сегодняшних дней благодаря внедрению современных технологий ведения беременных, групп высокого риска и прогресс в неонатальной медицине в вопросах лечения и выхаживания детей с тяжёлой перинатальной патологией, с ЭНМТ при рождении позволили увеличить процент выживаемости детей с ЭНМТ, которые ранее были нежизнеспособными. Так, смертность таких детей в РТ ранее составила до 80%, а в 2017 году - 62%, что говорит о значительном улучшении уровня помощи глубоконедоношенным (ЭНМТ).

Самадова Г.А., Зарипова М.М.

ИНТЕГРАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Демографические индикаторы глобального старения населения эксперты ООН называют «тихой революци-

ей» с далеко идущими, непредсказуемыми последствиями. Несмотря на то, что Таджикистан считают молодой страной, по шкале

ООН он подошел к порогу демографического старения. Средняя продолжительность жизни населения увеличилась от 68,4 в 2000 году до 73,4 лет к 2015 году. Гражданская война стала одной из причин миграции населения. Местные молодые люди покидают страну в поисках работы, оставляя стариков, которые остаются без поддержки, а с другой стороны становятся одинокими. Для повышения качества жизни этой категории людей Душанбинский городской совет народных депутатов принял решение (1992) об организации Территориального центра социального обслуживания пенсионеров и инвалидов для оказания им социальных услуг и продуктовой помощи. Многие исследования доказывают, что после 60 лет с каждой десятилеткой у пожилых людей количество болезней растёт и полиморбидность заболеваний становится огромной проблемой для системы здравоохранения.

Цель исследования. Изучить качество жизни и состояние здоровья лиц пожилого возраста, обслуживаемых/проживающих Территориальным центром социального обслуживания пенсионеров и инвалидов г. Душанбе.

Материал и методы исследования. К Центру приписан 171 человек. Из них пожилой возраст установлен у 90 (52,6%) людей, старше 70 лет было 28, старше 80 лет – 8 человек.

Изучены ряд социальных аспектов, результаты анализа крови на содержание глюкозы, ЭКГ, УЗИ, заключения осмотров специалистов.

Результаты и их обсуждение. В социальных услугах нуждались все пожилые лица: жилплощади не было у 79 (88,8%) человек, не имели определенного места жительства 54 (60%), отсутствовали документы, удостоверяющие личность, у 30 (33,3%), не получали заслуженную пенсию 30 (33,3%) стариков.

Социальные услуги состояли в том, что 30 (33,3%) пенсионеров определили в Дома-интернаты Республики для постоянного проживания, 28 (31,1%) переданы на попечение родственников, для 3 найдены опекуны. У 10 (11,1%) пожилых людей имелась квартира, но они нуждались в посторонней помощи, так как были одинокими. Нуждающимся пожилым людям оформили и выдали документы, удостоверяющие их личность, другим добились начисления пенсии.

Для изучения состояния здоровья этой категории лиц их обследовали в различных Центрах здоровья. У 2,2% стариков впервые был обнаружен сахарный диабет 2 типа, у 7,7% - артериальная гипертензия. По заключению врачей, основанному на данных анамнеза, результатах объективного обследования, ЭКГ, заключениях узких специалистов, в 89% случаев у пожилых лиц имелись данные о наличии ИБС. Картина УЗИ пациентов показала косвенные признаки холецистита и панкреатита в 62,8%, нарушение структуры почек и наличие нефроптоза - в 22,8%, явления простатита и аденомы предстательной железы у мужчин - в 14,3% случаев. Инвалидность 1 группы установлена у 9 пожилых, 2 группы - у 21, 3 группы - у 2. Всего 32 (28,8%) человека в возрасте более 60 лет, проживающих в Центре, впервые получили инвалидность. Одиночество, незащищенность, немощность являются не единственными причинами снижения качества жизни этой категории пациентов, на него также влияет ряд обнаруженных заболеваний, требующих медицинского вмешательства.

Заключение. Результаты обследования состояния здоровья пожилого контингента доказывают необходимость включения медицинских услуг и медицинской помощи в социальную службу. Благодаря всесторонней помощи – психологической, социальной и медицинской – качество жизни этой категории людей повысится.

Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т., Азизова Н.

ПОДГОТОВКА СЕМЕЙНОЙ МЕДСЕСТРЫ-НАСТАВНИКА КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖЕЙ

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

Республиканский медицинский колледж является ведущим руководящим органом по разработке учебных программ и организации государственной практики для всех колледжей страны. Ежегодно колледж выпускает 100-250 медицинских сестёр (братьев) общей практики (семейная). Им даются как теоретические, так и практические знания. Однако наблюдение за деятельностью выпускников в качестве специалиста звена ПМСП в реальной жизни позволило увидеть их слабые стороны по выполнению функциональных обязанностей. С учетом сказанного, для качественного прохождения государственной практики выпускниками колледжей, при технической поддержке проекта по реформированию медицинского образования Швейцарского Института Тропического и Общественного Здравоохранения в Республике Таджикистан сотрудники последипломного образования предложили подготовить наставников из числа опытных семейных медицинских сестёр центров здоровья.

Цель исследования. Показать необходимость наставничества семейных медсестёр над студентами колледжа для качественного прохождения ими государственной практики.

Материал и методы исследования. С 2016 года по 2019 год программу «Подготовка наставников по специальности медсестра общей практики (семейная)» прошла 61 семейная медсестра Центров здоровья города Душанбе, Куляба, района Джиркала. Изучены результаты тестирования по ключевым вопросам педагогики, психологии, менеджмента, национальных программ ПМСП; результаты экзамена по технике выполнения навыков и их демонстрация, умение организовать практическую работу для студентов (по результатам групповых работ).

Результаты и их обсуждение. Результаты первой части тестов, посвященной педагогике и наставничеству, были нулевыми (10%-15%),

как и ожидалось, поскольку слушатели не были преподавателями, а были специалисты сестринского патронажного дела, работающие 80% своего времени на участке. Вторая часть тестов состояла из вопросов по национальным программам ПМСП. Оценка была удовлетворительной у 40 (70-83%), слабой - у 21 (20-35%) медсестры, что указывало на необходимость расширения знаний в этой области. Оценка по выполнению навыков сестринских манипуляций соответствовала «три» или «четыре», однако навыками демонстрации навыков медсестры не владели, как, например, по измерению артериального давления. Очень слабые навыки были в области организации практики для студентов.

В течение 48 часов, при использовании различных методов интерактивного обучения, слушатели получили не только ключевые знания, но и отработали навыки по наставничеству, организации работы студентов, оказанию помощи семье, согласно ведущим национальным программам страны. Даны принципы «равный-равному», двухстороннего общения, необходимость обратной связи при обучении.

Финальный тест показал хорошую усвояемость теоретической части программы (90%-100%); экзамен приема навыков и их демонстрация в качестве наставника медсестры сдали хорошо, ролевые игры помогли оценить навыки межличностного общения с молодежью. Задание по организации работы студентов в центрах было выполнено, что позволило оценить результаты, как усвоение материала.

Заключение. Подготовка наставников из числа практикующих семейных медсестер центров здоровья необходима для прохождения выпускниками колледжа качественной государственной практики. Наставник становится связующим звеном студента с реальной жизнью, и это поможет последнему в формировании его, как специалиста.

Сангов Д.С., Назаров Ф.Н., Рахмонов Д.А., Амонов Ш.Ш.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Оценить экономическую эффективность видеолaparоскопической эхинококкэктомии из печени

Материал и методы исследования. Нами проведен экономический анализ результатов хирургического лечения 206 больных с эхинококкозом печени в условиях РНЦССХ и Хатлонского медицинского центра. Из этого числа 96 (46,6%) пациентов были оперированы с применением видеолaparоскопической технологии (основная группа) и 110 (53,4%) - традиционным методом (контрольная группа). Видеолaparоскопическую эхинококкэктомию из печени выполняли с применением видеоэндоскопического комплекса и инструментов фирм «Karl Shtors (Германия) «МФС» (Россия) в условиях карбоксиперитонеума, с использованием 4 троакаров. После пункции, эвакуации эхинококковой жидкости, обработки полости кисты 100% раствором глицерина вскрывали фиброзную капсулу и удаляли хитиновую оболочку с помощью эндоконтейнера. Остаточную полость обрабатывали спиртом и раствором пергидроля. Обнаруженные желчные свищи ушивали интракорпоральным швом. Для ликвидации остаточной полости печени в 34 (35,4%) случаях выполняли оментопластику. Во всех случаях операцию завершали дренированием брюшной полости.

В контрольной группе эхинококкэктомия выполнялась из верхнесрединного (87) и подреберного (23) доступов. При этом эхинококкэктомия из печени с капитонажом остаточной полости по Делбе выполнена у 73 (66,4%) эхинококкэктомия с оментопластикой остаточной полости – у 24 (21,8%) атипичная резекция печени – у 4 (3,6%), эхинококкэктомия с ушиванием желчных свищей и дренированием остаточной полости – у 9 (8,2%) пациентов

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ послеоперационных осложнений у больных эхинококкозом печени показал, что в основной группе они наблюдались почти в два раза реже (12,5%), по

сравнению с контрольной группой (24,5%). Длительность стационарного лечения больных основной группы была от 5 до 8 суток (в среднем $6,1 \pm 0,7$ дней). При традиционной эхинококкэктомии пребывание больного в стационаре составило 10-14 дней (в среднем $12,1 \pm 0,8$ дней).

В контрольной группе преобладали инфекционные осложнения, такие как нагноение операционной раны (10,9%), нагноение остаточной полости (7,3%), подпеченочный абсцесс (2,7%), которые отягощали послеоперационное течение и приводили к удлинению срока лечения (в среднем на $11,3 \pm 1,4$ дней). Полученные результаты подтверждают факт более выраженного лечебного эффекта при эндовидеохирургической технологии при условии строгого отбора пациентов и соблюдения принципов антипаразитарной обработки.

При проведении эхинококкэктомии из лапаротомного доступа затрачивался в общем 1542,21 сомони, что в 2,04 раза превышает сумму, расходуемую при лапароскопическом способе. При этом наибольшая разница стоимости одного койко-дня (в 1,54 раза) нами выявлена при лечении этой патологии. Также среди этих больных отмечена выраженная разница (3,2 раза) в длительности лечения.

Наши исследования показали, что видеолaparоскопическая эхинококкэктомия является эффективным методом лечения больных с неосложненными формами эхинококкоза печени. Основными условиями для применения видеоэндохирургической технологии является наличие одиночных неосложненных эхинококковых кист диаметром до 10 см, расположенных в зонах хорошего визуального обзора.

Заключение. Высокая экономическая эффективность применения видеоэндохирургической технологии при лечении эхинококкоза печени обусловлена их минимальной инвазивностью, низким удельным весом осложнений и летальности, сокращением сроков пребывания пациентов на койке, уменьшением затрат на лечение и хорошим косметическим эффектом.

¹Солиев О.Ф., ^{1,2}Султанов Д.Д., ¹Джаборов Х.А., ¹Туйчиев Дж.

ФАКТОРЫ РИСКА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель исследования. Определение распространённости и факторов риска варикозной болезни нижних конечностей среди среднего медицинского персонала.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты ангиологического обследования и доплерографии 90 человек среднего медперсонала различных отделений Центральной районной больницы района Дусти. Женщин было 80 (88,9%), мужчин – 10 (11,1%). Все обследованные были разделены на 3 группы по 30 человек. В первую группу вошли медработники хирургических отделений и операционного блока, во вторую – соматического отделения и в третью – сотрудники приёмного отделения. Кроме определения частоты распространённости варикозной болезни, также были изучены возможные факторы, влияющие на развитие варикозной болезни (наследственность, число беременностей и родов в анамнезе, индекс массы тела), и ряд профессиональных пусковых механизмов заболевания - длительная стоячая, сидячая или переменная работа, а также сопутствующие заболевания.

Результаты и их обсуждение. Различные стадии варикозной болезни нижних конечностей были выявлены у 28 (31,1%) обследованных. Так, у большинства медперсонала (n=18; 64,3%) имела место лёгкая форма патологии – ретикулярный варикоз и телеангиоэктазии. Расширение ствола подкожных вен и их ветвей было диагностировано у 7 (7,8%) пациентов первой (n=4; 13,3%), второй (n=2; 6,7%) и третьей (n=2; 6,7%) групп. Третий класс заболевания по СЕАР был выявлен всего лишь у 3

(10,7%) пациенток первой группы. Во второй и третьей группах этот класс патологии ни разу не был выявлен. Также не выявлены тяжелые формы заболевания с явлениями индурации и венозных трофических язв у всех обследованных.

Во всех группах имелась приблизительно одинаковая частота распространённости таких факторов риска, как наследственность [n=43; 47,8% (по 15(50%), 12 (40%) и 16 (53,3%) случаев в первой, второй и третьей группах, соответственно)], более 3 родов в анамнезе [n=47; 52,2% (по 14 (46,7%), 17 (56,7%) и 16 (53,3%) случаев в первой, второй и третьей группах, соответственно)] и увеличение индекса массы тела – ожирение [n=17; 18,9% (по 4 (13,3%), 7 (23,3%) и 6 (20,0%) случаев в первой, второй и третьей группах, соответственно)]. Вместе с тем, у пациенток первой группы частота выявления длительной стоячей нагрузки (n=27; 90%) была гораздо больше, чем у медперсонала, работавшего в терапевтическом и приемном отделениях (n=17; 28,3%).

Заключение. Распространенность различных форм варикозной болезни встречалась у 31,1% медицинского персонала. Это является свидетельством того, что медицинские работники относятся к профессиональной группе высокого риска развития по варикозной болезни. При этом как сама патология, так и более тяжелая её форма – третий класс по классификации СЕАР - встречается среди медперсонала хирургического и операционного блоков, что обусловлено длительным стоянием в вертикальном положении.

Хайридинова Дж., Абдурахимова З.Т., Мухаммадиева С.М., Исмаилова Д.М.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ OSCE ПО ШВЕДСКОЙ ШКАЛЕ ОЦЕНКИ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИХ КАРТИН

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Актуальность. В рамках проекта «СРЗ Материнское здоровье» проводилась Международная Программа, включающая обучающие курсы клинических тренеров по «Кольпоскопии и терапии цервикальных предраковых состояний». Международными тренерами для стран ЕЕСА (ВОЗ, 2005г.) для категоризации коль-

поскопических картин была рекомендована оценка по системе «Шведская шкала».

Цель исследования. Оценить эффективность балльной системы «Шведская шкала» для категоризации кольпоскопических картин при проведении обучающих курсов по программе «Кольпоскопия. Профилактика РШМ» на ка-

федрах акушерства-гинекологии ИПОвСЗ РТ и ТГМУ им. Абуали ибн Сино.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проводилось в 2018 году на базе ЦРЗ при ГЦЗ №13. Соответственно цели исследования нами обследовано 939 женщин репродуктивного возраста (29-49 лет). Критерием отбора явились выявленные результаты цервикального скрининга по типу: ASCUS- 26 случаев, LSIL- 41, HSIL - 34 и 1 случай с заключением CIN III-CIS ст.

Данной когорте женщин (n=102) проведена КС с последующей категоризацией эпителиальных поражений по градам: ацето-реакция эпителия, края-поверхность очага, характеристика сосудов, размер пораженного участка и тест очага на йод. Каждый компонент оценивался по системе «Шведская шкала» (ВОЗ, 2005г.) от 0 до 2 баллов. Сумма баллов 0-4 указывает на возможность поражения шейки матки типа -LSIL (CIN I); 5-7 баллов даёт поражение CIN II и 8-10 баллов указывают на поражения высокой степени HSIL (CIN III и CIS), что определяет дальнейшую активную тактику ведения. При поражениях LSIL (CIN I) нет надобности в биопсии шейки матки и была рекомендована тактика наблюдения с устранением факторов риска; при выявлении HSIL (CIN II, III и CIS) –проводилась точечная биопсия и лечебно-диагностическая эксцизия/конизация шейки матки, с последующим морфологическим исследованием.

Результаты и их обсуждение. При оценке результатов в 76,5% случаев КС картины были адекватными; зоны трансформации (ЗТ) 2 и 3 типов выявлены почти у каждой второй пациентки (30 и 24 соответственно), что, возможно, бывает причиной не всегда адекватного взятия цервикального образца при скрининге на РШМ. ЗТ третьего типа одинаково наблюдалась при неадекватной КС картины во всех подгруппах. При категоризации кольпоскопических картин по системе «Шведская шкала» интраэпителиальные изменения по 5 параметрам от 0-4 баллов имелись у 57,8% пациенток: при цитogramмах типа ASCUS-22 и L-SIL-32 сл. Пораже-

ния с 5-7 баллами отмечены при LSIL и HSIL в 26,5% (8 и 15 соответственно). Эпителиальные поражения исключительно высокой степени с максимальным баллом обнаружены в 13,7% случаев у женщин, имеющих заключение CIN II ст. в цитogramмах.

По результатам категоризации кольпоскопических картин была определена тактика ведения пациенток. Для 59 (57,8%) женщин с поражением шейки в 0-4 балла и дисплазией I ст.(L-SIL) определена тактика диспансерного «наблюдение» и устранения факторов риска рака шейки матки. Пациенткам с 5-7 и 8-10 баллами поражения проведена множественная прицельная биопсия и лечебно-диагностическая конизация шейки матки. Результаты патогистологического исследования показали: интраэпителиальные диспластические изменения низкой степени (CIN I, I-II и койлоциты) имели место в 10,8% сл., а высокой степени (CIN II, III и CIS) у 22 женщин (21,6%), предварительное цитологическое заключение 18 случаев был H-SIL. Следует отметить, что из 16 выявленных случаев поражений исключительно высокой степени в 8,8% выявлена плоскоклеточная карцинома (9 женщин). Доброкачественные железистые полипы удалены у 15 пациенток и 1 сл. лейомиома шейки матки.

Заключение. Таким образом, Шведская система оценки результативна при аномальных кольпоскопических картинах, при цитogramмах ASCUS и LSIL, а также при сомнительных и положительных вариантах визуального скрининга, как альтернативы Pap-test. Однако для проведения обучающих программ по кольпоскопии по системе оценок «Шведская шкала» метод индивидуален, субъективен и требует большее количество времени для выдачи результата КС. Данная шкала больше подходит для научных исследований, а для практикующего врача имеет преимущество международная классификация международных терминов 2011 года, которая отражает патологические изменения эпителия шейки матки с современным научным подходом и коррелирует с классификацией системы Бетesda.

Хайруллои Н., Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А.

НЕОБОСНОВАННАЯ ПЕРЕВЯЗКА СОСУДОВ НА ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
РНЦССХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Анализ допущенных ошибок при оказании помощи пострадавшим с повреждениями сосудов верхних конечностей.

Материал и методы исследования. При хирургической коррекции поврежденных структур верхних конечностей 48 пострадавшим было установлено, что в 18 наблюдениях пациентам на этапах оказания первичной медицинской помощи была выполнена необоснованная перевязка поврежденных сосудов плеча и предплечья.

Больные находились на лечении в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ за период с 2010 по 2019 гг. Сроки поступления пострадавших колебались от 2 до 12 часов. Среди 18 пострадавших субкомпенсация кровообращения поврежденных конечностей имела место у 3 пациентов. Факторами повреждения у 6 пострадавших явились переломы плеча, у 12 – острые режущие предметы.

УЗДГ сосудов верхней конечности была использована 12 пострадавшим, а всем пациентам с костно-сосудистыми повреждениями была выполнена рентгенография верхней конечности. Интраоперационная электростимуляция мышц была проведена при сочетанном костно-сосудистом повреждении, где отмечалось массивное повреждение мышц плеча.

Результаты и их обсуждение. Все пострадавшие после кратковременной подготовки были оперированы. Дети до 14 лет были оперированы под общим обезболиванием, остальным применялась регионарная анестезия. При операции было установлено, что перевязка плечевой артерии осуществлена 7,

лучевой артерии - 5, локтевой - 3, одновременная перевязка обеих артерий предплечья - 3 пострадавшим. Среди 8 пострадавших с повреждением плечевой артерии одному пациенту при оказании первичной помощи была иссечена бифуркация плечевой артерии вместе с артериями предплечья.

Всем пострадавшим были выполнены реконструкции сосудов и других поврежденных структур. При костно-сосудистых повреждениях (6) реконструкция сосуда была осуществлена после выполнения остеосинтеза. В одном наблюдении, где была иссечена бифуркация плечевой артерии, использовали бифуркационное протезирование аутовенозным трансплантатом. Оказанное действие медицинских работников на этапах оказания первичной помощи привело к удлинению дефекта поврежденных сосудов. В связи с этим в абсолютном большинстве случаев (14) восстановление кровообращения конечности достигалось путем применения аутовенозных вставок. Циркулярный шов сосуда удалось выполнить лишь в 4 наблюдениях. При этом шов плечевой артерии был наложен 3, лучевой артерии – одному пострадавшему.

Тромбоз плечевой артерии в послеоперационном периоде был выявлен в одном случае. Повторная реконструкция привела к успеху.

Заключение. Таким образом, необоснованная перевязка сосуда при оказании первичной медицинской помощи в большинстве случаев приводит к травматизации концов поврежденного сосуда, что наряду с расширением объема операции требует применения аутовенозных трансплантатов.

Хакназаров Х.Ш., Рустамов Х.К., Абдуллоев М.Ф., Амонов Б.П.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВРАЧЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ

Курс трансфузиологии ГОУ ИПОв СЗ РТ
ГУ ГМЦ №1
ГУ ГМЦ №2

Актуальность. Гемостазиология является молодой и прогрессивно развивающейся отраслью медицины. На протяжении не-большого периода времени видны заметные достижения, которые характеризуются

появлением в клинической практике новых методов исследования системы гемостаза. Исследователи всего мира являются единой командой по изучению системы гемостаза, её составляют гематологи, неонатологи,

акушеры-гинекологи, врачи лабораторной диагностики и др. Основа клинической гемостазиологии - современные теоретические знания физиологии системы гемостаза, овладение навыками выполнения гемостазиологических тестов, динамическая оценка и клиническое применение результатов гемостазиограммы, использование алгоритма диагностики нарушений гемостатических функций.

Знание механизмов свертывания крови необходимо для понимания причин ряда заболеваний и возникновения осложнений, связанных с нарушением гемокоагуляции. В настоящее время более 50% людей умирают от болезней, обусловленных нарушением свертывания крови: инфаркта миокарда, тромбоза легочной артерии, тромбоза сосудов головного мозга, тяжелых кровотечений в акушерской и хирургической клиниках и др. Перед врачами ставится отдельная задача по распознаванию и лечению тяжелых осложнений многих неотложных и критических состояний во всех областях медицины. До сих пор при несвоевременно начатом лечении острого и подострого варианта тромбогеморрагического синдрома летальность по данным крупных медицинских центров составляет около 50%. Однако своевременная лабораторная диагностика и грамотная неотложная терапия данного состояния, включающая адекватные трансфузии компонентов крови, способна значительно снизить летальность – до 10-15%. Поэтому их экстренная диагностика и выбор патогенетически обоснованной гемостатической терапии является актуальной проблемой клинической практики. Однако врачи-клиницисты при обучении в медицинских вузах и на циклах последипломной подготовки не получают достаточных знаний по клинической гемостазиологии. В критических ситуациях, т.е. при кровотечениях на почве расстройств гемостаза (гемостазиопатических кровотечениях), клиницисты вынуждены обращаться за помощью к врачам- трансфузиологам, которые должны достаточно хорошо ориентироваться в вопросах клинической гемостазиологии.

Цель исследования. Изучить уровень знаний по вопросам системы гемостаза среди врачей, прошедших подготовку по трансфузиологии.

Материал и методы исследования. Кафедра трансфузиологии, созданная впервые в Республике Таджикистан в 1995 г. в составе хирургического факультета ТИППМК (ныне ГОУ ИПОвСЗ РТ), имела возможность пре-

подавать теоретические и практические вопросы клинической гемостазиологии. Исследования провели среди врачей, прошедших подготовку по клинической трансфузиологии и не прошедших УСО. К основной группе отнесли 56 врачей, прошедших переподготовку по трансфузиологии, к контрольной - 60 врачей, не прошедших УСО.

В учебных планах циклов профессиональной подготовки и общего усовершенствования, разработанных кафедрой, на клиническую гемостазиологию отведено 10 лекционных часов, 16 часов семинаров и 16 часов практических занятий. На лекционном курсе и на семинарах слушатели знакомятся с современными представлениями по физиологии системы гемостаза, классификациями гемостазиопатий (наследственных и приобретенных расстройств в системе гемостаза), клиникой, диагностикой и лечением гемостазиопатий. Большое значение в подготовке трансфузиологов нами придается освоению алгоритмов тактики экстренной диагностики и терапии острых кровотечений на почве нарушений в системе гемостаза. Эти диагностические и лечебные алгоритмы основаны на собственном клиническом опыте и анализе большого опыта работы Централизованной трансфузионно-реанимационной бригады (ЦТРБ) Республиканского научного центра крови. Трансфузиологи могут быть привлечены для распознавания и лечения расстройств гемостаза не только как консультанты, но и непосредственно осуществлять манипуляции в лечебных отделениях.

Врачей-слушателей подготавливают к выполнению задач в любых клинических условиях, при ограниченных возможностях лабораторных исследований (только силами дежурного среднего лаборанта и использованием экспресс-методов диагностики расстройств гемостаза самим врачами) и выбора средств гемостатической терапии в своих отделениях без вызова ЦТРБ. Освоение тактики экстренной диагностики и терапии гемостазиопатических кровотечений осуществляется на занятиях в виде решения ситуационных задач. Ситуационные задачи представляют собой выписки из историй болезни пациентов, которых наблюдали преподаватели кафедры или врачи ЦТРБ. На занятиях все слушатели учебной группы цикла получают ситуационную задачу и в течение 20-25 минут должны диагностировать имеющиеся расстройства гемостаза, а также определить конкретную тактику лечения больного. На основании алгоритма экстренной диагностики и терапии гемостазиопати-

ческих кровотечений слушатели оценивают клиническую ситуацию, производят выбор необходимых клинических и лабораторных исследований: времени свертывания крови, экспресс-методов оценки фибринолитической активности крови и гипергепаринемии, количества тромбоцитов в периферической крови, при необходимости – длительность кровотечения, АЧТВ, протромбинового теста и МНО. На обсуждение одной ситуационной задачи затрачивается 25-30 минут. При таком обсуждении преподаватель оценивает степень усвоения лекционного материала, умение слушателей использовать полученные знания в конкретной клинической ситуации, разъясняет допущенные ошибки. Ситуационные задачи отражают наиболее частые варианты расстройств гемостаза, с которыми трансфузиологи могут встретиться в своей практике: тромбоцитопении, тромбоцитопатии, коагулопатии наследственные (гемофилия, болезнь Виллебранда) и приобретенные (комплексный дефицит витамин К-зависимых факторов, гемодиллюционная коагулопатия, местный фибринолиз, гипергепаринемия, ДВС-синдром, АФС – синдром, первичный генерализованный фибринолиз).

Результаты и их обсуждение. При аттестации врачей разных профилей правильно отвечали те врачи, которые проходили УСО по гемостазиологии на кафедрах трансфузиология или анестезиологии и реаниматологии. Получены данные, свидетельствующие о наличии знаний у врачей, проходивших курс УСО по трансфузиологии, о сосуди-

сто-тромбоцитарной и коагуляционной системах гемостаза, одновременном угнетении основных противосвёртывающих систем, особенно антитромбина III, протеина С и фибринолитической активности, а также о методах лечения больных с нарушением системы гемостаза.

Проводимые занятия по решению ситуационных задач позволяют слушателям ориентироваться в возможных ситуациях, с которыми они могут столкнуться, выполнить свою роль трансфузиолога-консультанта или непосредственного участника лечения больного. Во время цикла по трансфузиологии некоторые слушатели сталкиваются на практике с нарушениями системы гемостаза, они приводят примеры диагностики и успешного лечения больных с гемостазиопатическими кровотечениями, с которыми не могли справиться акушеры-гинекологи и хирурги. Это позволяет нам считать, что, действительно, в программах циклов усовершенствования для врачей-трансфузиологов должны быть в достаточной мере представлены вопросы клинической гемостазиологии. Преподавание этого раздела трансфузиологии, по нашему мнению, должны вести преподаватели, имеющие клинический опыт в диагностике и лечении гемостазиопатий.

Заключение. Врачи, проходившие курс УСО по трансфузиологии, могут разбираться не только с проблемами производственной и общей трансфузиологии, но, особенно, умеют корректировать различные нарушения системы гемостаза.

Хамиджанов Э.Х., Дадбоева Р.И., Турдалиева Дж.Э., Хамиджанов Б.Э.

К ОБУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И НАСЕЛЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра семейной медицины Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Обучение курсантов цикла первичной специализации и усовершенствования семейных врачей и семейных медицинских сестер формированию нового отношения населения к здоровью путем повышения их информированности и активности в вопросах внедрения принципов здорового образа жизни, формирования и укрепления здоровья.

Материал и методы исследования. Основным направлением кафедры является подготовка семейных врачей, семейных медицинских сестер для ПМСП Согдийской области из числа участковых педиатров, терапевтов, медицинских сестер, а также повышение их квалификации. Учебный процесс проводится на основании рабочей, модульной, 6-месячной программы, утверж-

денной Министерством здравоохранения и министерством народного образования (для врачей - 24 модуля, 1072 часа, для среднего медицинского персонала - 13 модулей, 924 часа; усовершенствование - для семейных врачей - 13 модулей, 312 часов; для семейных медсестер - 7 модулей - 342 часа).

Обучение формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ) проводится согласно международной программе ВОЗ, предусматривающей основные принципы профилактической программы взрослых, пять основных направлений деятельности по укреплению здоровья, изложенных в Оттавской Хартии, помощь пациенту в изменении своего поведения, тактику проведения индивидуальных консультаций по физической активности, питанию, табакокурению, алкогольной зависимости, непредвиденным травмам и др. Особо важное внимание обращается на приобретению курсантами знания, навыков о стадиях и принципах изменения отношения к образу жизни (по модели Прочаска и ДиКлемементе) и преодолению барьеров при проведении профилактики.

Учебный процесс - лекции, семинарские занятия - проводится с использованием инновационных технологий - интерактивно, мультимедийные проекторы, ситуационные задачи, работа с муляжами, фантомами. Теоретические знания курсантов оцениваются тестированием (предтест, промежуточный, заключительный), а практические навыки - методом ОСКЭ.

Результаты и их обсуждение. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, здоровье человека, в основном, зависит от

образа жизни, т.е. от самого человека (50%), наследственных факторов (20%), окружающей среды (20%) и в меньшей степени от услуг здравоохранения (10%). Отсюда ясно, что здоровье не только медицинская проблема, а имеет социальные, генетические, экологические компоненты и требует межотраслевого решения. В связи с этим в «Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 годы» и «Национальной программе формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан на 2011-2020 годы» отражены идеи активного привлечения населения к решению вопросов здоровья, которые реализуются с участием государственных партнеров, при поддержке международных организаций.

Базисные положения о ФЗОЖ даются при прохождении модуля «Профилактика у взрослых. Обучение навыкам по изменению образа жизни. Здоровый образ жизни» (лекции - 4 часа, семинары - 4 часа, практика - 8 часов) в начале курса первичной специализации. Затем в течение 6 месяцев, по мере прохождения других модулей (болезни взрослых, здоровье детей, здоровье женщин, хирургические болезни, инфекционные заболевания и др.), полученные знания и практические навыки курсантами последовательно расширяются, закрепляются и интегрируются.

Заключение. По завершении образовательного процесса все курсанты будут иметь оптимальные знания, умения и навыки по ФЗОЖ и могут реализовать их при работе с населением по проблемам ведения здорового образа жизни как весомого фактора формирования и укрепления здоровья.

Ходжаев Ф.М., Гуломова М.О.

РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА УРОВНЕ ПМСП

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение мнения отечественных и зарубежных специалистов, а также законодательства РТ по реформе здравоохранения.

Материал и методы исследования. Показатели деятельности и эффективности можно разделить в зависимости от уровня

анализа ситуаций, от эффективности, от формы затрат.

В связи с этим следует отметить, что в зарубежной практике для решения проблемы оптимального выбора критериев обоснованно используется концепция SMART, в соответствии с которой показатели резуль-

тативности должны обладать следующими свойствами:

- Конкретность (Specific);
- Измеримость (Measurable);
- Достижимость (Achievable);
- Релевантность (Relevant);
- Привязанность к определенному периоду времени (Time-certain).

Результаты и их обсуждение. Так, по данным некоторых авторов, их оптимальное количество должно варьировать от 5-18 до 20-25. При необходимости использования

большого количества свойств, актуальным остается агрегирование оцениваемых параметров.

Заключение. Таким образом, начальный этап формирования списка оценочных показателей может носить эвристический характер и отличается неограниченным набором. Для снижения их количества, в последующем, как правило, применяются методы экспертных оценок, при необходимости рассчитывается коэффициент корреляции.

Холматов И.Б., Мавлянова З.Р., Холматов Д.И.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТУГОУХОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Курс оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшить выявляемость патологии слуха среди населения Согдийской области, определить истинную картину распространенности болезней органа слуха в данном регионе.

Материал и методы исследования. Изучение распространенности болезней органа слуха среди жителей районов Истаравшан, Шахристан, Айни, Канибадам и Исфары на основании медицинских осмотров здорового населения дало возможность выявить определенное число больных, страдающих тугоухостью и требующих амбулаторного, стационарного или диспансерного наблюдения. Это число составило 20,1 случаев на 1000 населения, что несколько отличается от показателей, полученных и опубликованных ранее в печати другими авторами.

Выявив общее число лиц с нарушением слуховой функции, мы приступили к изучению удельного веса отдельных заболеваний органа слуха в общей структуре патологии уха. Совершенно очевидно, что результаты такого исследования должны в большей мере зависеть от методов аудиологической диагностики. Неточность диагностики неизбежно влечет за собой ошибочность оценки распределения отдельных заболеваний в общей структуре патологии слуха. В связи с этим нами были использованы как общепринятые и широко распространенные (исследование слуха шепотной и разговорной речью, камертональное

исследование, тональная пороговая аудиометрия, речевая аудиометрия на таджикском и русском языке), так и новые современные методы исследования слуха (аудиометрия в расширенном диапазоне частот при костном и воздушном проведении звуков по методике профессора Б.М.Сагаловича, исследование пространственного слуха). Последние существенно расширяют возможности аудиометрии и позволяют вносить коррективы в дифференциальную диагностику кондуктивных и нейросенсорных форм тугоухости.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных исследований было установлено, что наибольший удельный вес в структуре тугоухости имеет хронический гнойный средний отит (48,4%). Адгезивный и перформативный сухой средней отиты занимают второе место по распространенности (32,7%). Отосклероз у жителей этих районов встречается в 5,0 % случаев от общего числа больных, страдающих тугоухостью, семейная форма тугоухости на почве родственных браков встречается в основном среди населения этнически замкнутых кишлаков районов Исфары и Айни (5,9% от общего числа патологии органа слуха среди жителей этих кишлаков), механические травмы уха встречаются у 8,0 % слабослышащих больных обследованных районов.

Эти цифры заметным образом отличаются от данных, полученных другими авто-

рами при изучении удельного веса тех же заболеваний в общей структуре патологии органа слуха. Такие расхождения едва ли можно истолковать как проявление особенностей распространенности тугоухости в Северном Таджикистане. Здесь на первый план выступает значение точности оценки аудиологических исследований, и главное, неидентичности методов, используемых в этих исследованиях. В связи с этим, приходится проявлять большую осторожность в сопоставлении соответствующих данных. Большая заболеваемость сельского населения хроническим гнойным отитом связана с малой обращаемостью больных за медицинской помощью и недостаточными мерами профилактики и лечения воспалительных заболеваний уха. Что касается различий удельного веса кохлеарного неврита в структуре тугоухости сельского и городского населения отдельных северных районов Таджикистана, то его преимущество среди городского населения объясняется патогенным воздействием на слуховой анализатор промышленных и бытовых факторов города.

Изучение распространенности адгезивного и сухого перформативного среднего отита среди слабослышащих больных выявило, что эти заболевания встречаются у 32,7%. Это объясняется тем, что многие формы негнойного воспаления среднего уха являются следствием ранее перенесенного хронического гнойного среднего отита.

Определенная зависимость распространенности болезней уха среди населения области была выявлена нами от возрастного состава. Наиболее выраженной такая зависимость оказалась неврита у детей и лиц молодого возраста.

В ещё большей связи подобная зависимость распространенности кохлеарного неврита от возраста больных обнаруживается среди сельского населения.

Хроническим гнойным средним отитом в сельской местности чаще болеют дети, тогда

как среди городского населения возрастные особенности распространенности этой патологии уха выражены мало.

В отношении адгезивного и сухого перформативного среднего отита выявляется довольно равномерное нарастание заболеваемости с возрастом, как среди сельского, так и среди городского населения.

Отосклероз был обнаружен нами при поголовном обследовании населения только у взрослых, преимущественно среди городских жителей.

Характерной особенностью для нашего региона является тугоухость на почве родственных браков, которая была выявлена нами в ходе обследования. Другой особой нозологией, выявленной в ходе наших исследований, оказалась механическая травма уха (удар ладонью по уху). Нами отмечено, что среди жителей Таджикистана повреждение уха в результате удара по нему ладонью встречается довольно часто и имеет тенденцию распространения в связи с возрастающими за последние годы конфликтными ситуациями семейного, бытового характера и осложнением криминогенной обстановки в регионе. Необходимо отметить, что этим видам травм чаще подвержены женщины, что связано с ростом бытового насилия. В свою очередь, травмы уха впоследствии приводят к стойким слуховым нарушениям.

Заключение. Все полученные данные характеризуют заболеваемость и распространенность патологии органа слуха в северных районах республики Таджикистан и могут служить основой для определения потребности населения в сурдологической помощи и для развертывания плановых мероприятий по лечению и широкой профилактике тугоухости и глухоты. Благодаря внедрению новых аудиологических методов, своевременно и в раннем доклиническом периоде выявлен кондуктивный и нейросенсорный компонент тугоухости, что является важным и лечебной практике различных форм нарушений слуха.

Шарифзода Х.С., Хакназаров Х.Ш., Собиров А., Юнусов Д.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПО ВОПРОСАМ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛПУ Г.ДУШАНБЕ

Управление здравоохранения г. Душанбе
Курс трансфузиологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить обеспечение ЛПУ компонентами и препаратами крови, профилактику гемотрансфузионных реакций и осложнений и правильность организации трансфузионной терапии.

Руководство Управления здравоохранения города ежеквартально проверяет правильность транспортировки компонентов крови, условия хранения компонентов крови и диагностических стандартов, обеспечение больных компонентами крови по показаниям, соблюдение правил иммунологической и инфекционной безопасности при переливании гемотрансфузионных сред, правильность организации рабочих мест для определения групповой принадлежности и проведения проб на совместимость, правильность оформления трансфузионной терапии в историях болезни. Взаимодействие с ЛПУ – очень ответственная функция службы крови. Врачам необходимо давать информацию обо всех достижениях производственной трансфузиологии, что поможет улучшить качество лечебного процесса, повысит знания о возможных реакциях и осложнениях при переливании компонентов и препаратов крови. ЛПУ являются потребителями продукции РНЦК, который также осуществляет обратную связь с потребителями, при каждой проверке выясняется удовлетворенность в продукции и услугах центра крови.

Основополагающим фактором развития производственной и клинической трансфузиологии является донорство. В ЛПУ города ежегодно в дни донорства добровольно безвозмездно сдают кровь более 1800 медработников.

Второй, не менее важной, задачей трансфузиологической службы является обеспечение должного уровня трансфузиологической помощи на этапе клинического применения средств гемотрансфузионной терапии в ЛПУ.

Качество оказания трансфузиологической помощи, наличие или отсутствие посттрансфузионных осложнений во многом определяются уровнем знаний медицинских работников лечебной сети по трансфузиологии, их подготовка осуществляется в различных формах, в т.ч. организационно-методическим отделом. Вместе с ГОУ ИПОвСЗ РТ была разработана типовая программа подготовки врачей и среднего медицинского персонала ЛПУ по вопросам трансфузиологии, рассчитанная на 144 учебных часов. По этой программе ежегодно обучает до 100 медработников общелечебной сети. Также в программу входит обучение специалистов по актуальным вопросам трансфузионной

терапии (врачей и средних медработников) в республике и за её пределами, где до настоящего времени прошли курс по усовершенствованию трансфузионной терапии 60 человек среднего медперсонала и 50 врачей, также 6 человек среднего медперсонала и 6 врачей проходили первичную специализацию по трансфузиологии, 4 врача прошли курс УСО в НИИ Гематологии Российской Федерации. Согласно составленному плану мероприятий по развитию программ, в зависимости от времени выполнения, своевременно обеспечены четыре ЛПУ города современными медицинскими холодильниками типа Panasonic-Sanyo и компьютерами Pentium 4.

В городе Душанбе постоянно идет работа по совершенствованию существующих и поиск новых форм организации кабинетов трансфузионной терапии (КТТ). Так, разработана и внедрена новая модель организации трансфузиологической службы в многопрофильных стационарах, имеющих КТТ. В частности, на базе Городской клинической больницы №5 открыто подразделение клинической трансфузиологии, в штатное расписание введены должности клинических трансфузиологов. В их функции входит оказание круглосуточной экстренной и плановой трансфузиологической помощи всем нуждающимся. Опыт их работы показал, что такая форма организации трансфузиологической службы обеспечивает наиболее высокие показатели лечебной эффективности и безопасности трансфузионной терапии.

Начато преобразование трансфузиологической службы в стационарах, где имелись ОПК на КТТ. Это кабинеты трансфузионной терапии - трансфузиологические центры ЛПУ. Опыт работы КТТ показал, что они являются оптимальной формой организации трансфузиологической службы в стационарах.

Численность штатных должностей кабинета трансфузионной терапии устанавливается администрацией больницы с учетом имеющейся потребности в компонентах крови, объема проводимых исследований и т.д.

После принятия протокола председателя города Душанбе №452 от 7 октября 2015 года “Программа развития донорства крови и её компонентов в городе Душанбе в период 2015-2019 гг.” и Приказа Управления здравоохранения города Душанбе № 241 от 04 ноября 2015 года о применение “Программа развития донорства крови и её компонентов в городе Душанбе в период 2015-2019 гг.” обе-

спечение ЛПУ города компонентами крови за счёт УЗГ повысилось в 3 раза.

Несмотря на несомненные достигнутые положительные сдвиги в организации работы и развитии службы крови и клинической трансфузиологии, сохраняется ряд проблем и задач, которые необходимо решить: создание единой базы данных по заболевшим СПИДом, гепатитами В и С, сифилисом, туберкулезом и на доноров, выявленных учреждениями службы крови, как потенциальных источников этих заболеваний; обеспечить внедрение запаса компонентов крови в деятельность всех КТТ; внедрить в широкую клиническую практику аутогемотрансфузии; создать автоматизированные системы учета и управления запасами крови и ее компонентами; обеспечить современный уровень, качество, безопасность и эффективность средств и методов гемотрансфузионной терапии.

На протяжении последних лет проводится подробный анализ трансфузион-

ной терапии, который показал наиболее благоприятные условия для организации и проведения трансфузионной терапии, созданные в ЛПУ, имеющие КТТ. При этом для лечения больных обеспечен абсолютный приоритет современного принципа трансфузионной терапии - компонентная терапия, доля аутогемотрансфузий в общем количестве переливаний крови и эритроцитсодержащих трансфузионных сред увеличилось от 3% в 2016 г. до 5,4% в 2018 г. Лидирующее место в структуре аутогемотрансфузий заняли трансфузии аутоплазмы, аутоэритроцитов. Количество ошибок, допускаемых лечащими врачами при первичном определении групп крови, уменьшилось до 0,6% в 2018 г., по сравнению с 2016 г. (1%). Одним из основных показателей благополучия в оказании трансфузиологической помощи наряду с ее эффективностью является отсутствие посттрансфузионных осложнений в 2016-2018 г.

РАЗДЕЛ II

ТЕРАПИЯ

Абдулов Х.Дж., Холова З.У.

ВЛИЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ НА СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель исследования. Оценить влияние кардиоваскулярной патологии на течение метаболического синдрома у больных подагрой.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 80 больных подагрой (78 мужчин и 2 женщины), находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Республиканского национального медицинского центра. Критерием включения больных в исследование является достоверный диагноз подагры на основании классификационных критериев S.L. Wallace с соавторами, рекомендованных ARA в 2001г. У всех больных наблюдалась классическая или определенная подагра с характерным поражением I плюснефалангового сустава, ассиметричным припуханием суставов, наличием тофусов, другими, свойственными подагре, признаками.

Длительность болезни варьировала от 1 месяца до 18 лет, в среднем составила $8,9 \pm 0,24$ года. Тофусы различной локализации и величины обнаружены у 48% больных: множественные - в 35% случаев, единичные - в 13%. Артериальная гипертензия (АГ) впервые была выявлена у 18 (22,5 %) больных. Гипотензивные препараты на момент осмотра принимали почти треть – 21 (26,5%) больной. Инфаркт миокарда или инсульт отмечен в анамнезе у 8 (10%) больных. Медиана САД, определенная на момент исследования, равнялась 140 (115; 175) мм рт. ст, ДАД – 90 (70; 110) мм рт. ст.

Результаты и их обсуждение. Колебание АД в пределах 130/90 – 180/100 мм рт. ст. обнаружено у 45 больных подагрой, что составило 63,7%. Эти 45 больных были сгруппированы следующим образом. В первую группу вошли 22 больных, у которых АД колебалось в пределах 130/90 – 150/90 мм рт. ст. Вторую группу составили 15 больных с АД 130/100 – 150/100 мм рт. ст., третья - из 8 человек - имела более высокие цифры: АД – 160/100-180/100 мм рт. ст.

У больных с давностью заболевания 2-5 лет и 6-10 лет наличие гипертензии приблизительно

одинаково (16 и 17 соответственно). Вместе с тем, обращает внимание то, что при длительности заболевания более 10 лет возрастает число больных с цифрами АД 160/100-180/100 мм рт. ст. Здесь заслуживает специального рассмотрения вопрос о генезе гипертензии. В литературе ее нередко расценивают как следствие исхода подагрической нефропатии – нефросклероза. По нашим данным, признаки функциональной недостаточности почек имели 2 из 8 больных. У последних имело место снижение концентрационной способности почек, нарастание креатинина до 1,9-2,1 мг%.

В наших наблюдениях артериальная гипертензия была зарегистрирована у 63,7% больных. Высокие цифры АД (160/100 – 180/100 мм рт. ст.) преобладали у больных старших возрастных групп. Вместе с тем, среди обследованных выделялась подгруппа, у которых уже в течении первых двух лет болезни развивалась гипертензия без каких – либо признаков почечной патологии.

Отмечено, что исходный уровень мочевины коррелирует со значениями среднего АД, индексом массы тела и норадреналина через 5 лет. Увеличение исходной концентрации МК на каждые 1,0мг/дл ассоциируется с повышением систолического АД на 27,5 мм рт ст. через 5 лет.

Заключение

Артериальная гипертензия наряду с липидными сдвигами, сопровождающими подагру, может обусловить ранние кардиоваскулярные расстройства.

Наличие больных, у которых в течение первых двух лет болезни появлялась гипертензия без каких-либо признаков почечной патологии, позволяет обсуждать взаимосвязь гипертензии непосредственно с основным заболеванием, т.е. возраст и длительность болезни являются во многом определяющими факторами в развитии артериальной гипертензии.

Метаболический синдром и сердечно-сосудистые нарушения (АГ и атеросклероз) являются частыми сопутствующими состояниями у

больных подагрой, их диагностический поиск должен проводиться для комплексной оценки болезни и подбора адекватной терапии.

¹Абдурахманова Р.Ф., ¹Иззатов Х.Н., ¹Файзуллаев А.Х.,
¹Зарипов К., ²Рахматова З.А.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

¹Кафедра неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГМЦ №1

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) являются одной из важнейших медико-социальных проблем. По мнению Гусева Е.И. и соавт., ЦВЗ во всем мире занимают второе место среди всех причин смерти и являются главной причиной инвалидизации взрослого населения. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) – наиболее часто встречающаяся цереброваскулярная патология. Основными факторами развития ДЭ являются: артериальная гипертония (АГ), атеросклероз (АС), сахарный диабет и др. Эти факторы способствуют развитию острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Чрезвычайно большая распространенность АГ и АС, наряду с увеличением общей продолжительности жизни больных, а также эффективная терапия гипертонических церебральных кризов, позволяющая предупреждать развитие тяжелых форм ОНМК, приводят к увеличению хронических прогрессирующих форм НМК и сосудистой деменции. Изменить ситуацию можно только путем адекватной системы лечебно-профилактической помощи населению. Безусловно, первостепенное значение в развитии и прогрессировании ДЭ занимают факторы риска. В связи с этим выявление и контроль факторов риска развития ДЭ – это лучший способ его профилактики. Среди основных этиологических факторов рассматривают АГ и АС, нередко выявляют сочетание этих 2 состояний, а также сахарный диабет, почти постоянно сопровождающийся атеросклерозом. По данным Суслиной З.А. с соавт., систематическая гипотензивная терапия снижает риск развития инсульта на 20-50%, а уменьшение содержания общего холестерина в крови на 1% снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний на 2,5%.

Для совершенствования профилактических мероприятий необходимо ведать о факторах риска и клинических особенностях ДЭ.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости основных факторов риска и влияние их на клинические проявления дисциркуляторной энцефалопатии.

Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 120 больных, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении ГКБ с диагнозом: «Дисциркуляторная энцефалопатия». Из обследованных больных женщин 74 (61,7%) и 46 (38,3%) мужчин. Средний возраст больных составил 54 года. Для изучения факторов риска учитывали влияние психосоциальных факторов условия работы, психоэмоциональную напряженность и т.д.

Результаты и их обсуждение. Из всех обследованных 120 больных с дисциркуляторной энцефалопатией: ДЭ I ст. – 45 (37,5%) – стадия умеренно выраженных проявлений. Для этой группы больных характерны жалобы на быструю утомляемость, снижение памяти, работоспособности, также головную боль, головокружение, одышку при физической нагрузке, нарушения сна. В статусе – нерезко выраженные, рассеянные и непостоянные симптомы, а также эпизоды эмоциональной лабильности, раздражительности, пониженного настроения. Интеллект остается сохранным. Для них характерна зависимость состояния от внешних факторов. Больные с ДЭ II ст. – 63 (52,5%), эта группа отличается большей частотой и продолжительностью выше изложенных жалоб, которые возникали без видимой связи с внешними факторами. В статусе: рассеянная неврологическая симптоматика. Наблюдалось снижение критики и памяти. Она характеризуется более частыми и более продолжительными эпизодами декомпенсации. ДЭ III ст. составили 12 (10%) больных. В этой группе определялись неврологиче-

ские синдромы: пирамидный, экстрапирамидный и вестибуломозжечковый, судорожный, также нарастание когнитивных и аффективных нарушений.

рожный, также нарастание когнитивных и аффективных нарушений.

Таблица 1

Распределение пациентов по стадиям дисциркуляторной энцефалопатии

Всего пациентов	I-стадия	II-стадия	III-стадия
120	45 – 37,5%	63 – 52,5%	12 – 10,0%

Таблица 2

Распределение пациентов по основным факторам риска

Факторы риска	ДЭ
Артериальная гипертензия	68 - 56,7%
Атеросклероз	42 – 35,0%
Сахарный диабет	10 – 8,3%

Из выше изложенных данных следует, что артериальная гипертензия и атеросклероз являются ведущими факторами риска развития хронической недостаточности мозгового кровообращения.

Клинические проявления и течение ДЭ при АГ и АС хотя и имеют много общего, но существенно отличаются друг от друга. В зависимости от этиологического фактора, имеет место особенности клинического течения дисциркуляторной энцефалопатии. Если фактором риска является гипертоническая болезнь, как у 68 (56,7%) больных – доминируют общемозговые симптомы. Очаговая неврологическая симптоматика нарастает ступенеобразно, во время повторяющихся гипертонических кризов. Более выражены признаки эмоциональной неустойчивости,

вегетативной дистонии, в/ч гипертензии. Характерным является обязательное развитие признаков атеросклероза мозговых сосудов и когнитивных расстройств. При ДЭ атеросклеротического генеза - 42 (35,0%) – для больных характерны головная боль, головокружение и расстройства памяти на текущие события, с последующим развитием атеросклеротической деменции.

Заключение. Исходя из вышеизложенного, необходимо отметить, что выявленные и проанализированные основные факторы риска и особенности их клинического течения при дисциркуляторной энцефалопатии дают основание о целесообразности адекватного лечения АГ и АС, в плане уменьшения их проявлений и прогрессирования, а также первичной профилактики инсульта.

Ахмедов Ф.А.

МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СИРОПА «ХОЛАГОН» В ХРОНИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ У БЕЛЫХ КРЫС

Отдел Фармакологии и токсикологии лекарств Научно-исследовательского фармацевтического центра АМН МЗиСЗН РТ

Цель работы. Исследование местно-раздражающего действия сиропа «Холагон» в эксперименте.

Материал и методы исследования. Аллергизирующее действие сиропа «Холагон» изучалось на 30 белых беспородных крысах обоего пола со средней массой 220-250 г и на 25 половозрелых кроликах обоего пола со

средней массой 2600,0-2890,0 г. Животные были распределены на две группы: 1-2 опытные (крысы и кролики) которым на предварительно очищенные от шерсти участки кожи или на видимые слизистые покровы, ноздри наносили сироп «Холагон» в разведении 1:10.

Результаты и их обсуждение. Местная аппликация сиропа «Холагон» на кожу в

течение 3-х месяцев не вызвала видимых простым глазом патологических изменений со стороны кожных покровов. Температура кожи у животных контрольной и опытной серий во всех случаях была на уровне нормы. Шелушение, гиперемия, отек, ссадины, волдыри и другие признаки, местно раздражающего действия отсутствовали.

Местное действие сиропа «Холагон» изучалось на 80 белых крысах и 30 кроликах. Свежеприготовленный настой (1:10) после 2-3-кратного фильтрования через фильтровальную бумагу наносился на предварительно очищенные от шерсти участки кожи или в конъюнктиву глаз и в полость носа подопытным животным в течение 3 месяцев.

Экспериментами установлено, что 3-месячное смазывание кожи сиропом «Холагон» не вызывало каких-либо изменений токсического характера со стороны кожных покровов.

После применения препарата гиперемия, отёк, ссадины, волдыри, эритема, шелушение, местная температурная реакция и другие признаки местно-раздражающего действия отсутствовали.

Длительное применение сиропа «Холагон» на конъюнктиву глаз и полость носа животным также не оказывало каких-либо признаков раздражающего действия.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии местного раздражающего действия сиропа «Холагон», приготовленного из расчета 1:10.

Ахмедова М.А., Касымова С.Д.

К ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. По данным ВОЗ, в 2014 году более 1,9 миллиардов взрослых старше 18 лет имели избыточную массу тела. Из них свыше 600 миллионов страдали морбидным ожирением. Известно, что у лиц с метаболическим синдромом и нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) риск развития сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) довольно высок и составляет за 5 лет в среднем 40%.

Цель исследования. Установить влияние медикаментозной и немедикаментозной коррекции на течение метаболического синдрома с различными нарушениями углеводного обмена.

Материал и методы исследования. В амбулаторных условиях проведено наблюдение в течение 2-х лет над больными с метаболическим синдромом.

Пациенты были разделены на 2 сопоставимые по возрасту, полу, степени ожирения и наличию артериальной гипертензии группы. В 1-й группе - 86 пациентов (средний возраст 56 ± 7 лет), у которых обнаружена нарушенная гликемия натощак (НГН), основной задачей ставилось изменение образа жизни (диетотерапия, адекватная физическая нагрузка,

отказ от вредных привычек), подбор антигипертензивной терапии.

Во 2-й группе пациентов - 114 человек (средний возраст 58 ± 8 лет), помимо рекомендованного изменения образа жизни проведено лечение антигипергликемическим препаратом метформин.

В первые месяцы исследования пациенты получали метформин в дозе 500 мг два раза в день, затем по мере необходимости суточная доза была увеличена до 1700 мг в сутки. В контрольную группу вошел 21 пациент с нормальной массой тела, начальной стадией гипертензии, без нарушения углеводного обмена. Критериями метаболического синдрома считали: окружность талии у мужчины >102 см, у женщины >88 см, наличие гипертензии и дислипидемии.

НГН считалась при уровне глюкозы крови $>5,6$ ммоль/л и $<6,1$ ммоль/л натощак. НТГ считалась при повышении глюкозы крови через 2 часа после приёма 75 г глюкозы $>7,8$ ммоль/л и $<11,1$ ммоль/л.

Результаты и их обсуждение. В 1-й группе пациентов значительно изменить сложившийся с годами образ жизни оказалось трудновыполнимой задачей. За период наблюдения не

отмечено каких-либо положительных сдвигов у 56% пациентов с НГН и у 32% с НТГ.

Индекс массы тела достоверно снизился у 21 пациента (25%) этой группы. Остаток остался без изменений. Улучшились показатели систолического и диастолического давления на фоне антигипертензивной терапии. У 12 больных (14%) за период наблюдения развился СД 2 типа

Во 2-й группе пациентов лечение метформин в сочетании с интенсивным изменением образа жизни у лиц с НТГ снизило риск развития СД 2 типа у мужчин на 24,4 %, у женщин - на 28,2%, НТГ нормализовалась у 36% наблюдаемых, артериальная гипертензия нормализовалась у 29% и снизилась масса тела у 32% больных. Уровень холестерина достоверно снизился как в 1-й, так и во 2-й группах сравнительно с контрольной: в контрольной группе

уровень холестерина составил $4,3 \pm 0,15$ ммоль/л, в 1-ой группе - $6,12 \pm 0,11$, во 2-ой группе - $6,38 \pm 0,38$ ммоль/л. Содержание триглицеридов достоверно снизилось как в 1-й, так и во 2-й группах пациентов. Уровень гликированного гемоглобина (HbA1C) был достоверно выше как в 1-й ($5,83 \pm 0,19\%$), так и во 2-й группах ($6,27 \pm 0,12\%$) сравнительно с контрольной - $5,72 \pm 0,1\%$.

Заключение. Для коррекции многокомпонентного МС изменение образа жизни, включающего диетотерапию, адекватные физические нагрузки и отказ от вредных привычек, является трудновыполнимой задачей и у лиц с НГН не может считаться успешным методом лечения. Антигипергликемический препарат метформин в сочетании с изменением образа жизни приводит к системным позитивным эффектам и может использоваться как метод первичной профилактики СД 2 типа при НТГ.

Ахунова Н.Т., Холова З.У., Сунатуллоев Д.С., Лакаева Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ДЕБЮТЕ БОЛЕЗНИ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить клинические признаки ревматоидного артрита у больных пожилого возраста в дебюте болезни.

Материал и методы исследования. Было обследовано 60 больных с диагнозом «Вероятный РА» по критериям Американской коллегии ревматологов (АКР, 1987). Женщин – 38 (63,3%), мужчин – 22 (36,6%), средний возраст больных к началу исследования составил 59,9 лет. Длительность болезни в среднем 12-24 мес. Всем больным проводили общеклинические, биохимические (СРБ, общий белок, ревмофактор, глюкоза крови, печеночные трансаминазы) и инструментальные методы исследования (рентгенография суставов, ЭКГ, УЗИ внутренних органов).

Результаты исследования и их обсуждение. У больных женского пола суставной синдром в дебюте заболевания начинается по типу олиго-полиартрита с преимущественным поражением лучезапястных, проксимальных межфаланговых суставов кистей рук. У пациентов мужского пола суставной синдром чаще начинается как моно-, олигоартрит с преимущественным поражением коленных суставов (56%). У лиц пожилого возраста на ранних стадиях РА наблюдается

быстро прогрессирующий характер течения с развитием деструктивных изменений в суставах и инвалидизацией уже в течение первого года жизни. Ранний период ревматоидного артрита во многом определяет темпы деструктивного процесса в суставах.

На момент обследования у большинства больных - 44 (73,3%) - была I рентгенологическая стадия болезни, у 16 (26,6%) больных рентгенологические признаки отсутствовали или были незначительными. У 39 (65%) больных отмечалась функциональная недостаточность I ст., а функциональная недостаточность суставов (II ст.) наблюдалась у 21 (35%) пациента. У большинства больных - 37 (61,6%) - была I ст. активности, что затрудняет диагностику воспалительных заболеваний суставов. Отрицательными по РФ были более половины больных - 36 (60%), что совпадает с мнением Насонова Е.Л. Согласно рекомендациям EULAR по проведению мониторинга активности болезни определялось число болезненных, воспалительных и болезненных и припухших суставов.

Количество болезненных и припухших суставов у 20 (33,3%) больных колебалось от 5 до 12, количество воспаленных суставов у 26 (43,3%) больных - от 1 до 4 суставов, у 14

(23,3%) больных - более 12 суставов. Таким образом, местные воспалительные признаки у подавляющего большинства больных были хорошо выражены. Индекс Ричи у 36 (60%) больных также свидетельствует о высоком местном воспалительном процессе. Индекс тяжести, наоборот, у большинства пациентов 40 (66,6%) был невысок (1-2 балла), что подтверждается вычислением активности в баллах. В то же время, более чем у 1/3 больных отмечалась активность в 2 балла (44%) и индекс тяжести 5 баллов (34%), что обычно наблюдалось при позднем обращении к врачу.

Заключение. Ревматоидный артрит в дебюте болезни у больных пожилого возраста протекает чаще с меньшим поражением суставов, низкой степенью активности, отсутствием РФ почти у половины больных, I стадией изменений на рентгенограммах или их отсутствием, в то же время, выражено местное воспаление суставов.

Одним из важных факторов, который может способствовать улучшению прогноза у пациентов пожилого возраста с ревматоидным артритом является активное выявление этого заболевания на поликлиническом этапе врачами общей практики.

Ахунова Н.Т., Холова З.У., Холов С.С., Холиков Р.В.

ВЛИЯНИЕ СУСТАВНОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить клинические особенности суставного синдрома при ряде ревматических заболеваний (РЗ) и оценить качество жизни больных в ходе проспективного наблюдения.

Материал и методы исследования. В условиях ревматологического отделения НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2017-2018гг., было обследовано 100 больных с различными ревматическими заболеваниями (РЗ) и 100 больных с различными РЗ, находившихся под амбулаторным наблюдением, где ведущим клиническим признаком был суставной синдром. Из общей исследуемой 1-группы (n=100) больных с ревматоидным артритом (РА) было 42, реактивным артритом (РеА) - 18, подагрой (П) - 6, остеоартрозом - 34. Критерием включения пациентов в исследование был достоверный диагноз, верифицированный в соответствии с критериями АСР. Во 2 группе (n=100) больных, находившихся под амбулаторным наблюдением, РА выявлен у 35, РеА - у 15, ОА - у 42, П - у 8 пациентов. Для оценки выраженности суставного синдрома всем наблюдавшимся больным подсчитывались число болезненных суставов (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС) по 28 суставам. Выраженность болей в суставах и оценка общего состояния определялись по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Продолжительность утренней скованности оценивались в минутах. Для оценки КЖ использовалась медико-социологическая анкета (МСА); для исследования

физического, психологического и социального статусов - «Шкалу измерения воздействия артритов» (AIMS).

Результаты и их обсуждение. В 1 группе больные с РА (42) представлены, в основном, женщинами (74,4%), средний возраст составил 38,4 года. Средняя продолжительность болезни $6,7 \pm 1,2$ года, преобладали больные с I и II степенью активности, инвалидов и трудоспособных лиц - 1:1,7. Для пациентов с РА чаще всего характерно постепенное начало - в 69% - с полиартикулярным поражением мелких суставов кистей рук, лучезапястных и коленных суставов. Реже поражались плечевые и плюснефаланговые суставы. Почти у всех больных отмечалась утренняя скованность, в среднем до 3-х часов от момента пробуждения. На стандартную НПВП- терапию отвечали в среднем 68% больных и при высокой активности с длительностью заболевания более 3-х лет отмечался низкий ответ - 32% случаев.

Среди больных с РеА (18) преобладали мужчины (72%), средний возраст составил 27,3 года, средняя длительность болезни составляет 1,8 лет, в большинстве случаев (84%) отмечалось острое и/или подострое начало по типу моно- и/или олигоартрита. Чаще поражались голеностопные, коленные и суставы стоп. Длительность суставной атаки в большинстве случаев была 10-14 дней с ноющим характером боли. Утренняя скованность встречается редко (16%), продолжительностью 10-

20 минут. На терапию НПВП отвечают средне (67%) и быстро (33%).

В подгруппе больных с ОА (42) преобладали женщины (76,6%), средний возраст составил 54,6 лет с длительностью заболевания 4,8 лет, часто основному заболеванию сопутствовали артериальная гипертензия (АГ) - у 14, ожирение - у 12, сахарный диабет - у 6, ИБС - у 2 больных. У пациентов с ОА чаще наблюдалось медленное начало по типу моно- и/или полиартрита, вовлекались чаще коленные, тазобедренные и мелкие суставы рук, реже г/стопные и лучезапястные суставы. Длительность суставной атаки составляла в среднем 3-6 недель с медленно прогрессирующим течением, за исключением случаев синовита. Утренняя скованность встречалась в 37% случаев, в среднем до 30 минут. Ответ на терапию НПВП чаще был средним или слабым.

Подгруппу больных с П (8) составили мужчины (100%), что подтверждает факт частого поражения мужского пола данной патологией, со средним возрастом в 49,8 лет. У этой подгруппы также имелись сопутствующие заболевания: АГ - у 3, сахарный диабет - у 1, хронический пиелонефрит - у 2. Суставной синдром в 59% случаев имел острый характер с преобладанием моно и/или олигоартрита. Начало отмечалось в 62% случаев с I плюснофалангового сустава, в 38% случаев - с коленного сустава, в 32% случаев имел место летучий характер болей, суставом исключения является височно-нижнечелюстной и позвоночник. Чаще (в 67% случаев) наблюдалась острая и жгучая боль. Утренняя скованность почти не характерна. Положительный ответ на НПВП-терапию в большинстве случаев быстрый или средний.

У больных 2 группы (100), находившихся под амбулаторным наблюдением ревматологов,

особенно среди больных с РА и ОА, имелась большая длительность пребывания на инвалидности, более высокие средние показатели количества пораженных суставов, сопутствующих заболеваний, лекарственных препаратов, приходившихся на 1 больного. Тем не менее, у больных отмечался более низкий средний показатель КЖ по МСА - $15,48 \pm 0,37$, против $13,18 \pm 0,64$. По AIMS больные этой группы испытывали наибольшие затруднения по разделам, касающимся их физической активности «подвижность», «ловкость» и социального статуса - «социальная роль», «социальная активность». У больных 2 группы по AIMS отмечались большие нарушения в психологическом статусе (более высокий уровень по разделам «депрессия») и беспокойство. Проведение корреляционного анализа показало, что у больных обеих групп индекс КЖ имел обратную зависимость по нескольким факторам, но общими были: степень НФС, показатель по разделам «социальная роль», «депрессия» и общий показатель здоровья AIMS (сумма баллов по всем разделам этой анкеты).

Заключение. Каждая отдельная нозология имеет свои особенности поражения суставов как по характеру боли, её длительности, дебюту, так и по локализации и количеству вовлеченных в процесс суставов.

Больные с различными РЗ, находившиеся на стационарном лечении, имели более низкий показатель КЖ за счет выраженных ограничений в физической и социальной активности, а также снижения их социальной роли.

Многообразие суставного синдрома при РЗ диктует необходимость проводить раннюю дифференциальную диагностику с целью профилактики инвалидизации и своевременного подбора базисной терапии.

Бахроми М.Т., Саидкомиллова И.З.

АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) на сегодняшний день является одной из наиболее распространенных причин заболеваемости и смертности как в большинстве стран мира, так и в Республике Таджикистан. В связи с высокой частотой встречаемости данной патологии, плохим

прогнозом и низким качеством жизни поиск предикторов неблагоприятного течения и выявления пациентов с высоким риском смерти остаётся актуальной проблемой. Метод суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у больных ХСН позволяет изучить суточную вариабельность артериального

давления (АД) как показателя определения прогноза и риска развития преждевременной смерти обусловленной ХСН.

Цель исследования. Изучить особенности изменения различных показателей суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у больных ХСН.

Материал и методы исследования. В рамки проведенного исследования было включено 45 пациентов, из них 27 женщин (60%) и 18 мужчин (40%) с ХСН II-IIIФК (по классификации NYHA), обусловленной артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и постинфарктным кардиосклерозом на фоне оптимальной базисной терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), бета-адреноблокаторами (БАБ), антагонистами кальция (АК) и диуретиками. Средний возраст обследованных больных составил $64,5 \pm 5,5$ лет. Всем пациентам проводили СМАД, Определяли среднее систолическое и диастолическое АД за сутки (СрСАД/сут. и СрДАД/сут.), дневное среднее САД и ДАД (Дн СрСАД и Дн СрДАД), среднее ночное САД и ДАД (Сн САД и Сн ДАД) индексы времени САД и ДАД (Ив САД и Ив ДАД), вариабельность САД и ДАД за сут. (Var САД/сут. и Var ДАД/сут.), которая рассчитывалась на основании стандартного отклонения от стандартного АД, а так же величину и скорости утреннего подъема САД и ДАД.

Результаты и их обсуждение. Более чем у половины пациентов с ХСН II-IIIФК, включенных в исследование, при анализе показателей СМАД наблюдалось достоверное снижение

степени ночного САД и ДАД, что совпадает по данным литературы (Borne P., 1992; Giles T.D., 2001). Уменьшение СрСАД/сут. наблюдалось на 13,3% за счет Дн СрСАД и СрДАД/сут. на 10,5% и на - 11,8% за счет Сн САД и Сн ДАД. При анализе Ив САД и ИвДАД отмечалось уменьшение на 21,6% за счет дневного Ив САД и 18,3% за счет ночного ИвДАД. Нормальный суточный ритм («диппер») для САД зарегистрирован у 42% пациентов и для ДАД – у 44%. Чрезмерное снижение АД у больных с ХСН встречалось редко, всего у 2,4% по САД и 11% по ДАД. Большое значение при ХСН имеет выявление эпизодов ночной гипотензии, так как дальнейшее снижение и без того низкого ночного АД потенциально опасно развитием гипоперфузионных осложнений, а клинические проявления гипотонии в ночное время могут быть замаскированы и отчасти протекать бессимптомно.

Заключение. Таким образом, более чем у половины больных ХСН II-IIIФК отмечается относительно не высокий уровень АД, отсутствие достаточного снижения АД в ночное время (тип «нондиппер») или его повышение (тип «найтпикер»), при отсутствии различий в зависимости от проводимой терапии. У 37% больных вариабельность АД в течение суток повышена, а у 27% - понижена. 39% больных с ХСН в течение суток имеют эпизоды существенной гипотензии. Оптимальная терапия ХСН относительно снижает средний уровень АД, не меняя достоверно суточных колебаний, что требует осторожного индивидуального подбора доз назначаемых препаратов.

Бухоризода Б.К., Ятимова С.А.

ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Сравнить эффективность применения амиодарона и биспролола для удержания синусового ритма (СР) у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП) на фоне хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы исследований. В исследование включено 64 пациента, средний возраст составил $57,6 \pm 5,3$ года, 34 мужчины и 30 женщин (53,2% и 46,8%), с пароксизмальной

формой ФП на фоне ХСН II и III функционального класса (NYHA). Все пациенты были с ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ), пароксизмальной формой ФП с аритмическим стажем не менее 3-х лет. Все пациенты были разделены на 2 группы. В I группу было включено 32 пациента, которые получали амиодарон в суточной дозе от 200 до 400 мг, в группу II - 32 пациента, которые получали биспролол в суточной дозе от 2,5 до

10 мг. Обследование включало общеклинический осмотр, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиографию (ЭХОКГ), 6-минутный тест ходьбы, клинический и биохимический анализы крови. В первые сутки после восстановления СР и в конце исследования всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Результаты и их обсуждение. На фоне терапии амиодароном в течение 6 месяцев СР удержали 95,3% пациентов. Наблюдалось улучшение переносимости физической нагрузки по данным 6-минутного теста ходьбы. Проходимое расстояние увеличилось с $256,7 \pm 23,3$ м до $281,7 \pm 20,4$ м, что составило 8,9%. Функциональный класс ХСН снизился на 12%: с $2,5 \pm 0,32$ до $2,2 \pm 0,43$. В группе больных, получавших терапию амиодароном, наблюдалась небольшая тенденция к уменьшению размера левого предсердия (ЛП) - на 1,6%, КДР и КСР снизились соответственно на 0,6% и 0,9%, более выражена тенденция к увеличению фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) - на 2,9%. К концу исследования наблюдалась отчетливая тенденция к уменьшению объемов ЛЖ: КДО - на 2,4%, КСО - на 8,0%. По данным суточного мониторирования ЭКГ выявлено достоверное уменьшение эпизодов пароксизмов ФП на 64,3%, количества желудочковых экстрасистол на 41,9%, наджелудочковых - на 48,9% и предсердных экстрасистол - на 56,7%. Через 6 месяцев лечения СР сохранялся у 95,5% пациентов. 77,3% пациентов отмечали кратковременные ощущения перебоев и сердцебиения, нарушения ритма не зарегистрированы. На фоне

терапии бисопрололом, по данным 6-минутного теста ходьбы, наблюдалось повышение толерантности к физической нагрузке (проходимое расстояние увеличилось с $264,1 \pm 25,5$ до $309,1 \pm 21,1$ м), т.е. на 14,6% и снижение функционального класса ХСН на 10,2%. По данным ЭХОКГ выявлено, что достоверный характер имело только нарастание ФВЛЖ, которое составило 14,0%. По данным суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру выявлено достоверное уменьшение эпизодов пароксизмов ФП на 65,2%, количества желудочковых экстрасистол - на 32,6%, наджелудочковых - на 41,7% и предсердных экстрасистол - на 67,2%. В двух исследуемых группах СР удержали 95,3% пациентов, у 4,7% пациентов ФП перешла в постоянную форму. За время терапии амиодароном и бисопрололом наблюдалась трансформация функционального класса ХСН с III на II ФК (NYHA). В группе пациентов, принимающих амиодарон, количество пациентов с III ФК ХСН уменьшилось на 9,5% человек. В группе пациентов, принимающих бисопролол, количество пациентов с III ФК ХСН уменьшилось на 22,7% человек.

Заключение. Таким образом, по результатам удержания синусового ритма амиодарон и бисопролол имеют высокую сопоставимую эффективность (95,3% и 86,4%) у пациентов с ФП и ХСН. Наиболее выраженный регресс ХСН (достоверное увеличение ФВ на 14,9% и прирост проходимого расстояния по данным 6-минутного теста ходьбы на 14,6%) отмечается на фоне терапии бисопрололом, по сравнению с терапией амиодароном.

Гоибова З.В., Урунбоева Д.С.

КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить особенности влияния патологии щитовидной железы на сердечную деятельность.

Материал и методы исследования. Изучены результаты комплексного обследования 74 пациентов с патологией щитовидной железы. Мужчин было 23 (31,1%), женщин - 51 (68,9%) в возрасте 18-49 лет (средний возраст $35,2 \pm 4,9$ лет). У всех пациентов имел место диффузно-токсический зоб (ДТЗ) с явлениями гипертиреоза III-IV степеней. обследо-

вание пациентов включало в себя клинический осмотр пациентов, ЭКГ и ЭХОКГ обследования (при поступлении в стационар и через 3 месяца лечения), определение показателей тиреотропных гормонов (до и после лечения) и ультразвуковое исследование щитовидной железы.

Результаты и их обсуждение. До лечения эндокринолога только у двух пациентов имело место нарушение ритма в форме тахикардии. У абсолютного большинства обследованных

- 97,3% - имелись жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Так, сердцебиение имело место у 97,3% пациентов, одышка – у 94,6% и кардиалгии различной степени – у 82,4% пациентов. Периодическое повышение артериального давления наблюдалось у 32,4% пациентов. Результаты ЭКГ исследования показали, что у 22,9% имели место одиночные экстрасистолы, а тахикардия была отмечена во всех случаях. Необходимо отметить, что экстрасистолии в основном регистрировались у лиц с тяжелой формой ДТЗ IV степени. Нами выявлены возрастно-половые различия в клиническом течении ДТЗ. Так, если данный феномен среди мужчин был зарегистрирован в 14,3% наблюдений, среди лиц женского пола он отмечен в 27,5% наблюдений. Также в 9,5% наблюдений на ЭКГ была обнаружена депрессия сегмента ST на фоне тахикардии. Данные изменения также коррелировали со степенью тяжести ДТЗ и в большинстве случаев отмечены у лиц с IV степенью ДТЗ. Результаты ЭхоКГ показали, что независимо от давности гипертензии в 24,3% наблюдениях имелись сердечные изменения по типу гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ), некоторое увеличение толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП). Также для этих пациентов было характерным увеличение размеров предсердий, а также снижение фракции выброса. После комплексного обследования было рекомен-

довано соответствующее лечение. Спустя от одного до трех месяцев совместного лечения кардиологов и эндокринологов и достижения эутиреоидного состояния пациенты были повторно изучены по всем показателям. При повторном клиническом осмотре во всех случаях произошла нормализация частоты сердечных сокращений до 84 ударов в мин. и исчезновение болевого синдрома в сердце. Всего в 11,1% наблюдениях имелись признаки одышки, которую больные связывали с компрессией зоба на гортань. Артериальная гипертензия отмечалась у 3 пациентов. При повторном ЭКГ исследовании только в 2,7% наблюдениях сохранялись одиночные экстрасистолии, а у 15 пациентов на фоне проводимой терапии они полностью были ликвидированы. Депрессия сегмента ST при повторных исследованиях не была зарегистрирована. Такие же положительные изменения были выявлены при повторном ЭхоКГ, где все случаи увеличения размеров предсердий возвратились к норме. Однако выраженность ГМЛЖ не изменилась.

Заключение. Таким образом, больные с диффузно-токсическим зобом III-IV степени выраженности клинических проявлений нуждаются в совместном наблюдении и лечении специалистов (эндокринолога и кардиолога). Имеющаяся коморбидность у такой категории больных диктует необходимость мультидисциплинарного подхода в динамике и лечении пациентов.

Джураев М.Н., Курбонов А.М., Джураева С.М., Камолова Дж.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить причины возникновения различных аллергических осложнений при проведении медикаментозной терапии у детей раннего возраста и наметить пути для их предотвращения.

Материал и методы исследования. Нами изучен анамнез заболевания и проведен статистический анализ историй болезни 210 детей раннего возраста с различными формами аллергических заболеваний, поступивших в аллергологическое отделение.

Результаты и их обсуждение. Как показали наблюдения, у 12% наблюдаемых, ранее

лечившихся в других медицинских учреждениях, были отмечены различные аллергические осложнения на медикаментозную терапию. Наиболее частыми были кожные аллергические реакции замедленного типа на 2-3 день от начала применения антибиотиков в виде различных сыпей (пятнисто-папулезные, уртикарные, петехиальные). Эти реакции держались от 1 до 2 дней. Несколько реже подобные реакции появлялись на 10-12 день применения антибиотиков. Иногда они носили упорный характер. В период появления кожных реакций у больных отмечено усиление обструктивного синдрома,

беспокойство, атония кишечника, брадикардия, эозинофилия, протеинурия. Спустя 3-5 дней после угасания сыпи у половины детей был отмечен кишечный синдром, который сохранялся 2-3 дня. У одного ребенка вслед за кишечным развился ано-ректальный синдром, носивший упорный характер. Более редким осложнением был отек Квинке. У двух детей с неоднократными аллергическими реакциями в анамнезе развился анафилактический шок на введение эуфиллина и лизоцина. У некоторых детей была отмечена аллергическая реакция в виде общей эритемы после внутривенного введения пипольфена и приступов мучительного кашля после введения седуксена. У 2% детей после инфузионной терапии также были отмечены симптомы аллергизации.

Вторую группу осложнений мы трактовали как токсикоаллергическое воздействие на кроветворную систему. У больных на 7-10 день применения антибиотиков происходило резкое падение гемоглобина до 5,5 г/л, нарастание ретикулоцитов до 35-50% и уровня эозинофильных гранулоцитов до 12%. Эти изменения в анализе крови происходили на фоне аллергизации. Признаков гемолиза не было. У некоторых детей отмечена последовательная смена описанных осложнений.

Заключение. Приведенные наблюдения позволяют считать, что при лечении детей раннего возраста возможно возникновение аллергических осложнений медикаментозной терапии. Чаще эти проявления возникают у детей с неблагоприятным фоновым состоянием.

Изатуллоев А.С., Ахмедов Ф.А., Джамшедов Дж.Н., Давлатова Г.Х.

ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ГУСТОГО ЭКСТРАКТА КОРНЕВИЦ С КОРНЯМИ КРАПИВЫ ДВУДОМНОЙ

Фармацевтический факультет ТНУ

Отдел фармакологии и токсикологии лекарств НИИ фармацевтического центра АМН МЗиСЗН РТ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» АМН МЗиСЗН РТ

Кафедра фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Определить острую токсичность густого экстракта корневищ с корнями крапивы двудомной.

Материал и метод исследования. С целью получения суммы стероидных соединений, содержащихся в исследуемом сырье, нами был получен густой экстракт корневищ с корнями крапивы двудомной.

Экстрагентом служил 70% спирт этиловый. Для получения густого экстракта корневищ с корнями крапивы двудомной использовали метод сгущения жидкого экстракта крапивы двудомной в роторно-вакуумном испарителе. Температура при этом не превышала 50°C. Полученный густой экстракт представлял собой вязкую массу темно-коричневого цвета с остаточной влажностью около 25% со специфичным запахом.

Среднюю летальную дозу (LD50) экстракта корневищ с корнями крапивы двудомной определяли на двух видах животных: беспородных белых мышцах массой 25,0±1,0 г и беспородных белых крысах массой 200-220 г обоих полов при

внутрижелудочном введении. Переносимость оценивалась по проценту погибших и общему состоянию животных. Экстракт корневищ с корнями крапивы двудомной вводили дробно в течение часа двум группам животных: мышам перорально в диапазоне доз от 900 до 5400 мг/кг массы животного; крысам – перорально в диапазоне доз от 1300 до 8000 мг/кг. Наблюдение за общим состоянием и поведением животных проводили на протяжении 14 суток.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные острой токсичности экстракта корневищ с корнями крапивы двудомной перорально свидетельствуют о том, что в диапазоне доз от 900 до 5400 мг/кг мышам и от 1300 до 8000 мг/кг крысам не было зафиксировано гибели животных.

После последнего введения экстракта корневищ с корнями крапивы двудомной крысам в дозах 6500 и 8000 мг/кг первые два часа животные были малоактивными, однако через 3 часа их активность была на уровне контрольной группы. Все животные до конца

срока наблюдения оставались с хорошим аппетитом, блестящим волосным покровом, бодрыми, подвижными, у них отсутствовали нарушения координации и поведения.

Заключение. Таким образом, в результате проведенных экспериментов удалось уста-

новить, что экстракт корневищ с корнями крапивы двудомной при пероральном введении является малотоксичным лекарственным средством и по классификации Сидорова К.К. (1973 г.) может быть отнесен, соответственно, к 4 классу токсичности.

¹Кабиров М., ²Бухоризода Б., ¹Тагоев Д.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КО-АМЛЕССА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

¹Хатлонская областная клиническая больница имени Бури Вохидова, г. Бохтар, Хатлонская область

²Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения сочетанного препарата фармакологической фирмы «KRKA» КО-АМЛЕССА (4/5/1,25 мг) при лечении пациентов артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследований. В клиническое исследование включены мужчины с АГ в возрасте от 45 до 63 лет. Средний возраст пациентов составил 56,4±5,3 года. Диагноз устанавливался согласно классификации ВОЗ/МОАГ (1999) и последних рекомендаций ЕОК (2018). К факторам риска были отнесены: дислипидемия, курение, употребление алкоголя, наследственность, ожирение, поражение органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, нефропатия). Обследованные пациенты были разделены на две группы: 1 группа (34 пациентов) с гипотензивной целью принимала Амлодипин 10 мг утром и Эналаприл 5 мг вечером, а 2 группа (36 пациентов) принимали КО-АМЛЕССУ 4/5/1,25 мг в составе: периндоприл/амлодипин/индапамид один раз в сутки утром в течение 14 дней. Критериями исключения из исследования явились: пациенты АГ 1 степени и пациенты с различными формами нарушения сердечного ритма и проводимости, декомпенсированной сердечной недостаточностью. Продолжительность наблюдения составила 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Следует отметить более высокую приверженность в значимости приема препаратов в первой группе. Тем не менее, 1,1% пациентов выбыли из наблюдения по разным причинам.

Во второй группе, принимавшей препарат КО-АМЛЕССА в дозе 4/5/1,25 мг, был отмечен более ранний - на 18,2% - гипотензивный эффект. В ходе исследования наблюдалось снижение среднесуточных показателей САД и ДАД соответственно на 11,5 и 9,1 (p<0,04) мм рт.ст. в группе принимающих КО-АМЛЕССУ, а в группе Амлодипин 10 мг / Эналаприл 5 мг эти показатели снизились до уровня 7,1 и 5,4 (p<0,04) мм рт.ст., соответственно. Фиксированная комбинация периндоприла, амлодипина, индапамида показала достаточно высокую антигипертензивную эффективность - 98,9%. На это указывали показатели целевого уровня АД. На фоне проводимого лечения 98,9% пациентов достигли целевого уровня АД, пульсовое АД снизилось на 28,5 мм рт.ст. Случаев ортостатической гипотензии и других побочных эффектов не отмечено.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достаточной гипотензивной эффективности КО-АМЛЕССЫ при лечении пациентов с АГ, по сравнению с пациентами, получившими Амлодипин 10 мг / Эналаприл 5 мг. При этом комплаенс у пациентов с АГ группы сравнительно был выше. Также отмечено улучшение клинического состояния и качества жизни пациентов. В долгосрочном периоде (6 месяцев) нагрузки на левый желудочек и замедление процессов дезадаптивного ремоделирования миокарда не отмечено. Также отмечалось удобство в виде пролонгированного действия сочетанного препарата КО-АМЛЕССА, существенно выросла приверженность пациентов к исполнению лечения.

Каюмов Х.Б.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ПНЕВМОНИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
НИИ Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов

Цель исследования. Провести клиническое и бактериологическое исследование микрофлоры дыхательных путей у лиц пожилого возраста, страдающих пневмонией.

Материал и методы исследования. В обследование включены 60 больных с пневмонией, госпитализированные в терапевтическое отделение ГМЦ №1 г. Душанбе, в возрасте от 60 до 75. Из них 25 мужчин, 35 женщин.

Материалом для бактериологического исследования явилась мокрота и промывные воды бронхов. Бактериологическое исследование проведено в лаборатории бактериологии НИИ профилактической медицины по общепринятым стандартам ВОЗ.

Результаты и их обсуждение. Основными клиническими особенностями пневмонии у лиц пожилого возраста являются частое отсутствие острого начала болевого синдрома, значительная одышка, снижение физической активности, длительное рассасывание воспалительного инфильтрата легких. Общая высеваемость культур из материалов, взятых у обследованных, при обычном культивировании в аэробных условиях составила 102 культуры микроорганизмов. Общее количество культур стрептококка - 46 колоний, что составляет 45% от общего количества выращенных культур. Далее по частоте интенсивного роста регистрируется стафилококк, рост которого в общем количестве составил 19 колоний (18,6%) от общего количества культур. Проведённое биоморфологическое исследование биологических свойств стрептококка, выделенного у обследованных, показало, что 46 (45%) культур микроорганизмов имели высокую способность роста на питательных средах, а также способность коагулировать плазму, ферментировать маннит, вызывать гемолиз, что свидетельствует о высокой степени их вирулентности. На фоне патогенной кокковой флоры у больных с пневмонией также в 5 случаях (4,9%) высеивался пневмококк и в 2 случаях (1,9%) - энтерококк. Не последнее место в структуре бактериальной микрофлоры у больных составила грамотрицательная флора (кишечная палочка, протей, синегнойная палочка и др.). Так, среди энте-

робактерий преобладает кишечная палочка: 6 штаммов (5,9%), клебсиелла из мокроты - 4 штамма (3,8%), синегнойная палочка - 5 штаммов (4,8%). В одном случае из мокроты выделен вульгарный протей (0,9%). В 2 случаях посева материалов, взятые у больных, были стерильны. Микроорганизмы в биосубстратах больных наблюдались как в монокультуре, так и в ассоциациях. Рост ассоциаций более 2 микроорганизмов регистрировался в 46 случаях (45%) от общего числа исследований. Однако для всех ассоциаций характерно присутствие грамположительной кокковой флоры с преобладанием ассоциации стафилококка и стрептококка. Результаты проведенных бактериологических исследований свидетельствуют, что в 45% случаев наблюдается рост микроорганизмов.

Заключение. Клиническое и бактериологическое исследование выявило, что у лиц пожилого возраста пневмония протекает атипично, при этом отсутствуют острые проявления и болевой синдром, снижается физическая активность, у лиц, перенесших инсульт или страдающих болезнью Альцгеймера, угнетается кашлевой рефлекс и кашель может не быть вовсе. Особенность клинических проявлений пневмонии у пожилых людей заключается в том, что у них в большинстве случаев имеет место фоновая патология: сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь лёгких. У больных с пневмониями высеивается грамположительная и грамотрицательная микрофлора в исследованных материалах. Среди наиболее часто встречающихся микроорганизмов наибольший удельный вес составляют разные виды стрептококка (19 колоний) и стафилококка (46 колоний). На основании наших исследований выделенные штаммы стафилококка и стрептококка (18,6% и 45% соответственно) можно отнести к высоко патогенным и вирулентным, что подтверждается способностью коагулировать плазму, ферментировать маннит, вызывать гемолиз. Это обстоятельство позволяет отнести их гетерогенным метициллин-устойчивым штаммам.

Махмудова Р.И., Кузиева Л.С.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПОРАЖЁННОСТИ ОРГАНОВ

Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов

Актуальность. Среди методов диагностики ультразвуковое исследование (УЗИ) занимает ведущее место, данное исследование доступно, высоко информативно, его качество зависит лишь от используемой аппаратуры, которая постоянно совершенствуется, что позволяет врачам получать все более точные и наглядные снимки, демонстрирующие состояние тканей и мягких органов. Однако большую роль в точности исследования играет умение трактовать полученный результат лечащим врачом.

Цель исследования. Определить степень поражённости различных органов по ультразвуковому исследованию для разработки социально-гигиенических прогнозов распространённости патологии среди населения.

Материал и методы исследования. Проведение анализа показателей поражённости органов по данным журнала регистрации № 093 и годовых отчётов среди госпитализированных больных в клинику института с 2015-2016гг.

Результаты и их обсуждение. Использование УЗ диагностики в НИИ МСЭиРИ позволяет определить множество заболеваний, с помощью УЗИ в клинике исследуются органы гепато-лиенальной, мочевыделительной, репродуктивной и других систем.

В НИИ МСЭиРИ за период с 2015год по 2016 годы УЗИ обследование различных органов прошли 1556 пациентов, которым было проведено 3303 УЗИ различных органов.

Среди всех найденных изменений органов поражения гепато-лиенальной системы составили 1529 (46,3%) случаев. При этом поражения желчного пузыря были на первом месте и составили 717 (21,7%) случаев, в основном, хронический некалькулезный холецистит - 428 (12,9%), калькулезный – 61 (1,8%), загиб желчного пузыря - 167 (5%), дискинезия желчного пузыря и желчевы-

водящих путей - 59 (1,7%) случаев. Поражения поджелудочной железы составили 571 (17,2%), в основном, хронический панкреатит – 567 (17,1%) случаев. Поражение печени – 236 (7,1%), при этом значительно превалирует гепатоз, стеатоз печени – 104 (3,1%), уплотнение паренхимы печени – 71 (2,1%), гепатомегалия – 43 (1,3%) случая. Токсическое поражение печени, цирроз печени, кисты печени в общем составили 16 (0,4%) случаев, спленомегалия – 2 случая.

Поражения мочевыделительной системы составили 1255 (37,9%). При этом хронический пиелонефрит - 670 (20,2%), мочекаменная болезнь – 363 (11%), различные аномалии развития – 41 (1,2%), гидронефроз – 38 (1,2%), кисты почек – 35 (1,1%), нефроптоз – 21 (0,6%), сморщенная почка – 10 (0,3%), цистит – 13 (0,4%) случаев. Доброкачественная гиперплазия простаты и хронический простатит составили 49 (1,5%) и 24 (0,7%) соответственно.

Исследование репродуктивных органов показало 134 (4,1%) случая, в основном эндометрит, миома матки, оофорит, кисты яичников.

Заключение. Таким образом, ультразвуковое исследование обладает высокой диагностической возможностью и прогностической ценностью среди современных новых технологий в диагностике различных патологий. Проведение УЗИ с использованием высокоразрешающих технологий в клинике позволяет дифференцировать тяжесть патологического процесса, определить его динамику и достоверно контролировать эффективность лечения. Проведенное исследование показало, что УЗ диагностика дает возможность установить поражения печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, заболевания почек, женских половых органов и других систем, что необходимо учитывать при разработке социально-гигиенических прогнозов распространённости патологий среди населения.

Мирахмедова М.А., Касымова С.Д., Хамрокулова З.С.

К ВОПРОСУ О ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Городской эндокринологический центр»

Актуальность. Республика Таджикистан географически относится к районам с недостаточностью йода в окружающей среде. Экспертами ЮНИСЕФ в 1994 г. страна была отнесена к зонам тяжелой йодной недостаточности. Начиная с этого времени, Правительство республики уделяет большое внимание решению проблемы йоддефицитных заболеваний (ЙДЗ).

Цель исследования. Изучить распространенность эндемического зоба и степень тяжести йодной недостаточности среди детей и женщин Таджикистана, а также мероприятия, направленные на профилактику ЙДЗ.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты профилактических осмотров детей до 14 лет за последние годы, которые сопоставлены с результатами Национального исследования «Микронутриенты в питании населения Таджикистана» (2016, ЮНИСЕФ).

Результаты и их обсуждение. При проведении профилактических осмотров установлено, что, начиная с 2013 г., наблюдается рост выявляемости эндемического зоба, как наиболее частого проявления ЙДЗ. Так, если в 2013 году у 11,1% детей до 14 лет выявлен зоб, то в 2017 году по республике этот показатель составил 17,1 %. Выявляемость эндемического зоба была различной по регионам республики и составила в ГБАО 19,9%, Хатлонской области - 28,8%, РРП - 22,2%, Согдийской области - 10,1% и г. Душанбе – 4,1% от числа осмотренных детей. Индикатором

тяжести зобной эндемии, помимо процента выявления при профилактических осмотрах является также исследование медианы йодурии. В рамках Национального исследования йодурии у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет проведено определение медианы йодурии у 1724 детей. Установлено, что по республике медиана йодурии у обследованных составила 86,2% мкг/л, что соответствует легкой степени йодной недостаточности.

Результат исследования йодурии у женщин репродуктивного возраста показал, что только в Согдийской области медиана йодурии была в пределах нормы (113,9 мкг/л), а наименьшие показатели йодурии установлены у женщин ГБАО (61,5 мкг/л) и г. Душанбе (61,6 мкг/л). Распространенность ЙДЗ среди детей и женщин коррелировала с профилактическими мероприятиями, в частности с потреблением в домохозяйствах йодированной соли. Процент домохозяйств, употреблявших йодированную соль, был наиболее высок в Согдийской области (97%) и г. Душанбе (94,6%), наиболее низкими эти показатели были в Хатлонской области (87,5%) и РРП (87,1%).

Заключение. Проблема ЙДЗ в Республике Таджикистан не теряет своей актуальности, несмотря на профилактические мероприятия по йодированию соли. У детей и женщин репродуктивного возраста выявлена легкая, а в некоторых регионах - средняя степень йодной недостаточности, что требует постоянного мониторинга ЙДЗ.

Муниева С.Х., Алимова Н.Ф., Кудратова С.А., Бобоева Н.Р.

ТРИХОСКОПИЯ – УСУЛИ МАСУСГАРДОНИДАШУДАИ ТАШХИСИ БЕМОРИҶОИ МУЙҶО

Кафедраи дерматовенерология бо с курси косметологияи МДТ ДТБКСТ ҶТ
Маркази тиббӣ-орозиши «Ёсуман»
Маркази шаҳрии бемориҳои пусти ва зухравии ш. Душанбе
Маркази вилоятии дерматовенерологияи вилояти Хатлон

Мубрамият. Дар табобати дилхоҳ беморӣ ташхиси муосир ва оқилона – асоси муваффақият мебошад. Дар трихология самаранокии табобати ниёзманд инчунин на танҳо аз таҷрибаи амалии мутахассис, балки аз маҳорати истифодаи бомуваффақияти усулҳои муосири ташхис аз ҷониби ӯ, ки аҳамияти калон дорад, вобаста мебошад.

Мақсади тадқиқот. Барои дар шароитҳои муосир бомуваффақият кор намудан, огоҳ будан аз тамоюлҳои умумичаҳонӣ дар соҳаи ташхис ва табобати бемориҳои мӯйҳо ва пӯсти сар, истифода бурда тавонистани усулҳои муосири ташхис ва табобат, бо мунтазам такмил додани сатҳи касбии худ, зарур аст. Дар марҳилаи имрӯза мутахассисеро, ки ба ташхис ва табобати бемориҳои мӯйҳо ва пӯсти сар сару кор дорад, доштани фаҳмиш дар соҳаҳои бо дерматология ҳамхӯд, ба мисли эндокринология ва эндокринологияи гинекологӣ, психоневрология, психонейроиммунология ва психодерматология зарур мебошад.

Маводҳо ва усулҳо. Вобаста аз ҷанбаҳои баррасишавандаи ташхиси трихологӣ, усулҳои баҳодихии ҳолати мӯйҳо ва пӯсти сарро шартан метавон ба махсус ва ғайри-махсус ҷудо намуд.

Ба усулҳои ғайримахсус метавон усулҳои ташхиси лабораторӣ (клиникӣ), ки барои ба даст овардани маълумот дар бораи ҳолати саломатии ниёзманд дар асоси тадқиқи маводи биологии организм *in vitro*, бо истифодаи усулҳои гематологӣ, биологӣ, иммунологӣ, серологӣ, молекулярӣ-биологӣ, бактериологӣ, генетикӣ, ситологӣ ва дигар усулҳо имконият ба амал меоваранд, дохил намуд. Усулҳои мазкур дар бораи ҳолати умумии организми инсон тасаввурот дода, ба ниёзманд аз ҷониби ҳам мутахассис-трихолог ва ҳам аз ҷониби мутахассиси мувофиқи ихтисоси маҳдуд тавсия карда мешаванд.

Усулҳои ташхиси лабораторӣ барои истисно кардани ҷунин ҳолатҳо, ба мисли камхунии норасогии оҳан ё норасогии ниҳонии оҳан, норасогии витаминҳо ва ё элементҳои химиявӣ, вайроншавии вазифаи ғадуди сипаршакл ва иззиедиди андрогенҳо дар хун, ки метавонанд сабаби асосии рехтани мӯйҳо ва ҳам омилҳои вазнинкунандаи ин мушкилӣ бошанд, имконият медиҳанд.

Бояд дар хотир дошт, ки вазифаи асосии мутахассис – на табобат кардани беморӣ, балки бемор, яъне босаводона тафсир кардани маълумоти лаборатории бадастоварда ва муқоиса намудани онҳо бо нишонаҳои саририи дар бемор мавҷуд буда, истифодаи

онҳо барои истифодабарии минбаъдаи самаранокии клиникӣ мебошад.

Имрӯзҳо ба маҷмуи усулҳои муосир барои муоинаи ниёзманд бо мушкилии мӯйҳо ва пӯсти сар, ба ғайр аз гирдоварии пурраи маълумот ва муоинаи физикалии ниёзманд, трихоскопия, трихограмма ва фототрихограмма бо табоюнқунонӣ, барномаҳои компютери махсусгардонидашудаи ташхисӣ, ки онҳо барои ҷен кардани мӯйҳо, ғафси ва устувории онҳо, шумораи юнитҳои фолликулярӣ дар воҳиди майдон имконият медиҳанд, бофтабардорӣ ва намудҳои сершумори заррабинӣ, инчунин усули аксҳои тафсирий низ дохил мешаванд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии натиҷаҳо. Яке аз ин усулҳоро пурратар дида мебароем – ин трихоскопия мебошад.

Трихоскопия – имрӯзҳо трихоскопия ҳангоми муоинаи ниёзманди трихологӣ ва гузаронидани ташхис тафриқотии бемориҳои мӯйҳо ва пӯсти сар таҷҳизоти зарурӣ гаштааст. Ин усули ғайриинвазивӣ, ки аз оғози асри XXI ба таври васеъ паҳн гаштааст, аз истифодаи дастии дерматоскоп ё видиодерматоскопияи мӯйҳо ва пӯсти сар асос гирифта, аз ҷониби мутахассисон-трихологҳо бо дарназардошти дастрасӣ, осонӣ ва ғайриинвазивии худ, дар баробари ин бо маълумотнокии баландаш, хеле зиёд истифода мешавад.

Трихоскопияи бо истифодаи моеъи иммерсионӣ (иммерсионӣ) ва бе истифодаи иммерсия (хушк)-ро фарқ мекунанд. Истифодаи трихоскопияи иммерсионӣ барои баҳодихии ҳолати рағҳо ва пӯсти сар кӯмак менамояд, дар он ҳолате ки трихоскопияи «хушк» барои баҳодихии сабусакпартой, пайдошавии себорея, иззиедиди керотин бештар маълумотнок аст.

Усули мазкур дар фаъолияти амалӣ таҷҳизоти муҳим ба ҳисоб меравад. Вай барои гузаронидани ташхиси тафриқотӣ ҳангоми намудҳои гуногуни бемӯйӣ имконият медиҳад. Усул барои баҳодихии *in vivo* ҳолати воҳидҳои сохтори трихоскопӣ ва маҳз: решаи мӯйҳо – сохтор ва андозаи онҳо, ҳолати даромадгоҳи фолликулаҳои мӯйӣ ва рағҳои пӯсти сар, эпидермиси перифолликулярӣ имконият ба миён меоварад. Трихоскопия ҳангоми ташхиси тафриқотӣ байни бемӯйии лонагӣ ва трихотилломания, бемӯйии иззӣ ва ғайрииззӣ истифода бурда мешавад. Усул инчунин самаранокии худро дар ташхиси себорея ва псориази пӯсти қисмати мӯйдори сар собит намудааст. Бо ҷашм дидани иллатҳои сохтори решаи мӯйҳо ҳангоми трихоскопия барои ташхиси

бемориҳои ирсии решаи мӯйҳо, ба мисли алоими Нетертон (Netherton Syndrom), монилетрикс ва ғайра имконият ба амал меоварад.

Бо ёрии трихоскопия инчунин метавон хусусияти микроваскуляризиатсияи пӯстро баҳо дод. Масалан, гиреҳҳои тобхурдаи туршакли рағӣ – нишонаи хоси псориази пӯсти сар буда, рағҳои шохчадор дар даруни доғҳои зард ҳангоми пӯстхураи фиттави хос мебошанд.

Ба вайроншавии сохтор ва тағйири пӯсти сар, ки ҳангоми трихоскопия дида мешаванд, изиёдии доғҳо ба мисли «шонаи асал» аз таъсири зиёди офтобзанӣ ба пӯсти қисмати мӯйдори сар, нишонаҳои перипилярӣ (перифолликулярӣ), ки дар марҳилаҳои барвақтии бемӯйии андрогенетикӣ пайдо мешаванд, инчунин фибрози перифолликулярӣ, ки барои шаклҳои гуногуни бемӯйии фиброзӣ хос мебошанд, дохил мешаванд.

Трихоскопия барои муайян кардани анизотрихоз – мавҷуд будани мӯйҳои андозаашон гуногун: ниҳой, интердениҳой ва веллусӣ (нишонаи хоси бемӯйии андрогенӣ), инчунин миқдори мӯйҳо дар юнитҳои фолликулярӣ ва ҷойгиршавии онҳо нисбат ба якдигар кӯмак менамояд. Зиёд шудани шумораи юнитҳои танҳои фолликулярӣ ва паст шудани шумораи юнитҳои фолликулярӣ, ки 2,3 ва аз ин зиёд мӯй доранд, инчунин зиёд шудани фосилаи байни юнитҳои

фолликулярӣ аз ҷиҳати сарири аҳамияти калон дорад.

Трихоскопия барои муайян кардани анизотрихоз кумак менамояд. Аз ҷиҳати биной ин бо намуди тунукшавии авҷгиранда ва кам шудани ҳаҷми мӯйҳо айён мегардад, ки ин барои бемӯйии андрогенӣ хос мебошад. Зиёд шудани шумораи юнитҳои фолликулярӣ, ки 4 ва зиёда аз ин мӯй доранд, барои бемӯйии иззӣ, алаҳхусус шукуфаи паҳни мӯйӣ ва фолликулити мӯйрез хос мебошанд.

Набояд фаромуш кард, ки новобаста аз ҳамаи бартариҳо, усули тафсишуда маҳдудиятҳои худро дошта, ба мутахассис барои мондани ташҳис, танҳо дар асоси нишонаҳои ҳангоми трихоскопия дарёфтшуда, ҳуқуқ намедихад.

Ғайр аз ин, на ҳамеша манзараи трихоскопӣ возеҳ ва бешубҳа мебошад. Ҳангоми тахмин кардани бемӯйии иззӣ, инчунин дар ҳои душвор ва ҳангоми зарурияти ташҳиси тафриқотӣ ба кумаки трихолог бофтабардорӣ мерасад, ки он барои назар андохтан ба «даруни» фолликулаи мӯйӣ имконият медиҳад.

Дар хотир доштан зарур аст, ки ҳангоми мондани ташҳис истифода бурдан аз маҷмуи усулҳо, бо мутобиқ намудани усулҳои дастраси махсусгардонидашудаи ташҳисӣ бо маълумоти ҳолнома ва манзараи сарири, лозим аст.

Муниева С.Х., Хайдарова О.Р., Одинаев А.С., Мухаммадиев Ф.Э.

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ФОЛЛИКУЛИТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Республиканский центр кожных и венерических болезней РТ
ХУ ГЦПМО
ПМСР Шаартузского района

Актуальность. Особенности строения кожи, воздействие на нее большого количества внутренних и внешних факторов обуславливают возникновение разнообразных заболеваний кожных покровов. Кожные инфекции представляют собой группу заболеваний, объединяемых поражением кожных покровов и наличием возбудителя инфекции (вируса, грибка, бактерии, паразита). К таким болезням относятся: стрептодермия, стафи-

лодермия, нейродермит, экзема, дерматит, эритема и др.

Зачастую заболевания дермы причиняют моральные страдания, потому как имеют внешние проявления. Но многие из них успешно лечатся при помощи антибактериальных препаратов.

Невозможно представить лечение дерматозов без применения наружных средств. В ряде случаев они приобретают первостепен-

ное значение, поэтому так важно ориентироваться в море все прибывающих на рынок медикаментов.

При повреждениях кожного покрова, чтобы избежать побочных эффектов, рекомендуется использование антибактериальных мазей для кожи. В отличие от таблеток или инъекций, мазь не попадает в кровь и лимфу, действуя только на очаг воспаления.

Принцип действия антибактериальных мазей состоит в том, чтобы не допускать деления клеток патогенных микроорганизмов. Таким образом инфицирование останавливается, бактерии не размножаются и не могут заражать другие участки эпидермиса.

Также мази оказывают противовоспалительное и заживляющее действие. При любых повреждениях кожи, независимо от причин, использование антибактериальных мазей считается самым эффективным методом лечения.

Одним из частых заболеваний кожных покровов с особенной устойчивостью к терапии является фолликулит. Фолликулит (folliculitis) — одна из форм пиодермии, которая возникает в волосяном фолликуле. Причиной воспалительного процесса может быть бактериальный, грибковый или вирусный агент. Если не устранены провоцирующие факторы, фолликулит рецидивирует и может стать хроническим. Хроническое течение характерно для фолликулитов, вызванных стафилококками и грибами-дерматофитами. В лечении стафилококкового фолликулита традиционно используют антибактериальные мази (например, мупироцин), которые наносят на пораженные участки кожи. Прием антибиотиков показан при хроническом течении фолликулита, распространенном процессе, воспалении регионарных лимфатических узлов, недостаточной эффективности местного лечения. Но и в этом случае зачастую невозможно избежать рецидивирования.

Цель исследования. Оценить эффективность, переносимость, безопасность и удобство применения мази Мупиробан® (производство MU LIN SEN, Китай) при фолликулитах, устойчивых к базовой терапии топическими антибиотиками.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 30 человек, страдающих устойчивыми формами бактериальных фолликулитов. Под наблюдением находились 9 женщин и 21 мужчина в возрасте от 20 до 48 лет. В исследование включались пациенты с диагнозом «Фолликулит различ-

ной локализации», инфекционным агентом в котором выступал культурально подтвержденный *S. aureus* с отсутствием значимой терапевтической динамики от использования различных наружных антибактериальных препаратов.

С целью лечения применяли Мупиробан® в составе мази, которая используется при первичных инфекциях кожи (в том числе импетиго, эктима, фолликулиты, фурункулез), вторичных бактериальных инфекциях (инфицированные язвы, экземы, небольшие раны, ожоги) и для профилактики инфекции при небольших ранах и хирургических разрезах. Мазь наносят на пораженный участок кожи до 3 раз в сутки. Участок может быть покрыт повязкой. Продолжительность курса лечения до 10 дней.

Результаты и их обсуждение. В течение 7 дней пациенты лечились самостоятельно. Мазь Мупиробан® назначалась 2 раза в день тонким слоем на весь пораженный участок кожных покровов, а также производилась обработка 2% левомецетиновым спиртом. Данные назначения были даны в строгом соответствии с инструкцией препарата. Препарат назначался до полного разрешения симптомов, но не более двух недель (ни у одного из участников исследования симптомы не сохранялись более 9 дней). Срок наблюдения составил 2 недели, при этом длительность терапии и клиническое выздоровление большинства пациентов составили 7 дней. Длительность терапии определялась в основном площадью поражения и степенью тяжести клинической картины в начале терапии. Зачастую после лечения на коже в местах поражений отмечались постэруптивные элементы (пятна гиперпигментации, эритематозные пятна), которые со временем разрешались.

Заключение. В проведенном исследовании установлено, что мазь Мупиробан®, основное действующее вещество которой — мупироцин, является эффективным и легко переносимым, а также косметически приемлемым средством борьбы с устойчивыми к антибиотикотерапии фолликулитами. По результатам исследования можно сделать вывод, что оптимальным режимом применения препарата является нанесение тонким слоем два раза в сутки, при этом в подавляющем большинстве случаев достаточно одной недели терапии. Подобная схема лечения способствует хорошей комплаентности. Исходя из этих данных, мазь Мупиробан® может быть рекомендована к широкому использованию для комбинированного лечения устойчивых форм фолликулитов различных локализаций.

Муниева С.Х., Самадзода У.С., Сайдалиева А.С., Бухоризода К.М.

КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ В ГЦПБ СО СПИД Г.ДУШАНБЕ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Городской центр профилактики и борьбе со СПИД
Городской центр кожных и венерических болезней

Примерно у 70% больных СПИДом на различных этапах заболевания возникают поражения кожи и слизистых оболочек. Кожные заболевания у ВИЧ-инфицированных до развития иммунодефицита протекают типично и не требуют специальных методов лечения. С развитием же иммунодефицита их клиника и течение изменяются, в связи с чем возникают не только трудности в диагностике, но и лечении дерматоза.

Для людей, зараженных ВИЧ и больных СПИДом, различные поражения кожи весьма характерны. Дерматологические проблемы наблюдаются при всех клинических формах заболевания, в том числе и до начала этапа развившегося СПИДа. Практически все кожные заболевания у ВИЧ-инфицированных людей носят хронический характер с частыми рецидивами. На поздних стадиях СПИДа дерматологические болезни приобретают тяжелое течение. По данным исследований у ВИЧ-положительных пациентов на ранней стадии заболевания наблюдается в среднем по 2-3 дерматологических синдрома, а на поздней стадии болезни данный показатель увеличивается до 4-5. Частными проявлениями СПИДа являются различные дерматиты, экземы, стафилодермии, кандидозное поражение кожи, тяжелые проявления герпеса. У больных СПИДом нередко развиваются грибковые поражения кожи – разноцветный лишай, руброфития, паховая эпидермифития.

ВИЧ инфицирование сопровождается появлением таких высыпаний, как:

1. Микотические поражения. Возникают в результате поражения грибом. Приводит к развитию дерматозов.

2. Пиодермиты. Возникает в результате воздействия стрептококка, стафилококка. Элементы сыпи заполнены гнойной жидкостью.

3. Пятнистая сыпь. Возникает из-за повреждения сосудистой системы. На теле появляются эритематозные, геморрагические пятна, телеангиоэктазии.

4. Себорейный дерматит. Свидетельствует о вирусном поражении на первоначальных стадиях развития болезни. Поражение кожи сопровождается сильным шелушением.

5. Вирусные повреждения. Характер сыпи зависит от источника повреждения.

6. Злокачественные новообразования. Проявляется при активном развитии болезни. Развиваются такие болезни, как: волосатая лейкоплакия, саркома Коши.

7. Папулезная сыпь характеризуется высыпаниями, они могут возникать отдельными элементами или образовывать очаги поражения.

За период с 2016 по 2018 годы в Городской центр по борьбе и профилактике ВИЧ/СПИД г.Душанбе с различными дерматологическими процессами обратилось 505 пациентов: в 2016 году – 158, в 2017 году – 165, в 2018 году – 182 больных.

Наиболее часто у ВИЧ-инфицированных наблюдались следующие процессы: опоясывающий лишай в 2016 году – 26 случаях, в 2017 году – 24, в 2018 году – 29; аллергические дерматиты наблюдались в 2016 году у 54 пациентов, в 2017 году - у 68, в 2018 году - у 75; саркома Капоши в 2016 году была диагностирована у 7 обратившихся, в 2017 году - у 4, в 2018 году - у 5; грибковые поражения были выявлены в 2016 году у 39, в 2017 году - у 34, а в 2018 году - у 43 больных; кандидозные проявления кожи и слизистых оболочек наблюдались у 12 пациентов в 2016 году, у 16 - в 2017 году и у 9 - в 2018 году; пиококковые поражения кожи наблюдались в 2016 году у 8, в 2017 году - у 11 и в 2018 году - у 9 больных; кондиломатозные разрастания половых органов имелись у 6 обратившихся в 2016 году, у 4 - в 2017 году и у 7 - в 2018 году; лейкоплакия слизистой оболочки языка отмечалась в 6 случаях в 2016 году, в 4 - в 2017 году и в 5 случаях - в 2018 году. Все пациенты получили соответствующее лечение у дерматовенеролога по месту обращения.

Хотелось бы отметить, что лечение дерматозов у ВИЧ-инфицированных требует постоянного клинико-лабораторного контроля. Дозы этиотропных препаратов при бактериальных, вирусных и грибковых поражениях должны быть более высокими, а курсы лечения более продолжительными

и, при необходимости, повторными. После достижения клинического выздоровления необходим профилактический прием этиотропных препаратов. Больным с ВИЧ-инфекцией требуются психологическая поддержка и регулярное тщательное наблюдение.

Наимов Р.К., Наимов С., Давлатов М., Каюмова Ф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ФИЗИОТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА

Кафедра нейрохирургии и вертебродологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Городской центр здоровья №15
РНМЦ «Шифобахш»

Цель исследования. Изучение применения физиотерапии в сочетании с иглорефлексотерапией при различных симптомокомплексах остеохондроза.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 118 больных остеохондрозом. Синдром вертебральной артерии был ведущим у 64 больных (1 группа), у 28 он сочетался с компрессионно-корешковым синдромом (2 группа). Вегетососудистые синдромы шейного и поясничного отделов отмечены у 24 пациентов, эпикондилиты и плечолопаточные периартриты - у 3 человек. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 30 лет - 10, с 31 до 40 - 42, от 41 до 45-38 и выше 45 лет - 28 человек. Женщин было 68, мужчин - 50.

Всем больным до и после лечения проводилось тщательное общесоматическое, ортопедическое и неврологическое обследование. У части больных исследовалось глазное дно и производилась реоэнцефалограмма в динамике. Диагноз у всех больных был подтвержден данными обзорной и функциональной спондилографии.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто отмечался ретролистез С3, С4, L4 позвонков (63%), подвывих по Ковачу С3, С4 (59%), артроз унковертебральных сочленений в нижнешейном отделе (43%), снижение высоты межпозвонковых дисков С4-5, С5-6, L4- L5, L5-S1(38%). Исследования глазного дна у 30 больных выявили сужение артерий сетчатки у 37% и небольшое расширение

вен на глазном дне - у 29,6%. В исследуемую группу вошли больные с тяжелыми формами заболевания и длительностью обострения от 1 до 6 и более месяцев, из них 7 больных имели инвалидность II и III группы. При сочетании любого из описанных синдромов с компрессией спинномозгового корешка назначалось вытяжение и массаж в количестве 10-15 процедур.

Иглотерапия у большинства больных сочеталась с физиотерапией, в отдельных случаях - с вытяжением позвонков. При синдромах вертебральной артерии с нарушением интракраниального кровотока больным после иглоукалывания проводилась дециметровая терапия на заднешейный отдел позвоночника и заинтересованную конечность, одно-два поля по 10 минут ежедневно. Проводили 15 процедур с последующей блокадой шейных симпатических ганглиев двухтактной модуляцией диадинамическим током и ультрафиолетовыми эритемами на заднешейный и поясничный отделы позвоночника и соответствующую конечность. Иглоукалывание проводилось классическим и магнитопунктурным методом в корпоральные и сегментарные точки кожных метаметров шейной области, в аурикулярные точки, точки головы и общего воздействия. При этом воздействии учитывался общий фон сердечно-сосудистых реакций - склонность к гипотонии или гипертонии. Лечение осуществлялось 1-2 курсами по 10 сеансов с перерывами после первого 2-10 дней, после

второго - 30 дней. В результате лечения значительно уменьшились головные боли (69,6% больных), головокружения (47,8%), явления адинамии (61%), сосудистые расстройства верхних и нижних конечностей (54,4%), улучшились сон и общее состояние больных. Исчезли или уменьшились нарушение чувствительности (43%), нарушения рефлекторной деятельности (18%). Необходимо отметить, что под действием иглорефлексотерапии довольно быстро уменьшались или исчезли

головные боли, головокружения и аденамия. Труднее поддавались купированию шум в голове и ушах.

Заключение. Таким образом, применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении межпозвонкового шейного остеохондроза позволяет в короткие сроки значительно повысить терапевтическую эффективность и добиться более стойкого клинического результата, особенно при церебральных и вегетативных синдромах.

Наимов Р.К., Наимов С., Давлатов М., Ахмедов Б., Каямова Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА АБОФАЗОЛ С ВАЛЕРИАНОЙ НА ДИНАМИКУ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Кафедра нейрохирургии и вертебродологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Центр эдоровья №15
РНМЦ «Шифобахш»

Актуальность. Острый и хронический болевой синдром остеохондроза всегда сопровождается психопатологическими изменениями. Нами разработаны методы психокоррекции в восстановительном лечении грыж позвоночника в домашних условиях (ФП-д). Однако вопросы применения ФП-а у больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника изучены пока еще явно недостаточно. В связи с этим нами разработана методика комплексного применения психокоррекции абофазолом в сочетании с валерианой, физиотерапевтическими процедурами – массаж с мазью больнол, магнитные присоски в домашних условиях (ФП-д), направленные на снижение уровня тревоги, прежде всего, на уменьшение боли и выраженности ипохондрических изменений.

Цель исследования. Изучение эффективности разработанной методики комплекса ФП-д при восстановительном лечении больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника при длительном болевом синдроме, а также выделение прогностических факторов и эффективность лечения в домашних условиях.

Материал и методы исследования. В исследование включили 80 больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника с длительным болевым синдромом (35 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 25 до 60 лет (средний

возраст $46,2 \pm 0,8$ года). Больные обследованы до начала лечения и спустя 4-5 недели после основного курса лечения. Болевой синдром оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ). Психологическое обследование с помощью тестов СМОЛ и САН (самочувствие-активность-настроение). Больные были разделены на 4 группы: 1-я группа (ФП-д) - 20 больных, которым применяли комплекс абофазола с валерианой, а из физиотерапевтических процедур - массаж с мазью больнол, магнитные присоски на дому; 2-я группа (ФП-а) - 20 больных, которым применяли физиотерапевтические процедуры, блокаду, массаж с мазью больнол, электрофорез, грелки, магнитные присоски в условиях амбулатории; 3-я группа (ФП-с) - 20 больных, у которых использовали физиотерапевтические процедуры, блокаду, массаж мазью пардифен, токи Бернара, озокерит, магнитные присоски в условиях стационара в сочетании с фармакотерапией; 4-я группа, контрольная (КТ) - 20 больных, которым психокоррекция не проводилась. Всем больным назначались медикаментозные препараты: диклофенак с индометацином в домашних условиях. До начала психокоррекции группы были сопоставимы по назначенным препаратам, а также по возрасту, полу, выраженности болевого

синдрома, по данным ВАШ и психологическим показателям по данным теста СМОЛ. Занятия с применением ФП-с проводили 3-5 раз в неделю (общий курс 12 занятий) в группах по 4-5 больных. Кроме занятий с врачом, пациентам рекомендовали ежедневные самостоятельные релаксационные тренировки: а) в положении сидя - 15-20 мин (больным предлагается расслабиться и воспроизвести ощущения, возникающие при релаксации во время занятий с врачом); б) в положении лежа перед сном - 3-5 мин; в) в различных условиях (в том, числе при стрессовых воздействиях) несколько раз в день кратковременно. Эффективности ФП-д, (ФП-а) - это состояние больных в течение месяца наблюдения, по сравнению с лицами КГ, а также с больными группы ФП-с. Определяли прогностические факторы динамики интенсивности болевого синдрома на фоне ФП-д, сравнивали фоновые (до начала лечения) показатели у 19 (88,6%), ФП-а - у 19 (88,6%), больных, у которых к концу курса ФП-д уменьшилась выраженность болевого синдрома (снижение показателей по ВАШ на 25% и более) и у 5 (11,4%) больных, у которых выраженность болевого синдрома уменьшилась незначительно по показателям ВАШ менее чем на 15%.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным, к концу месяца наблюдения на фоне ФП-д, ФП-а, значительно уменьшилась интенсивность болевых ощущений по ВАШ и СМОЛ, более достоверно выражено, чем в контрольной группе. При этом снижение по шкале ВАШ на фоне ФП-д, ФП-а в среднем по группе составило $-55,5 \pm 3,42\%$, оно было достоверно более выраженным не только по сравнению с КГ ($-22,1 \pm 4,07\%$, $p < 0,001$), но и по сравнению с группой ФП-д, ФП-а ($-32,8 \pm 3,75\%$, $p < 0,001$). Тем самым применение ФП-д, ФП-а приводило к уменьшению интенсивности болевых ощущений у всех больных этой группы, достоверно более выраженному по сравнению с КГ и с группой ФП-с. В отличие от КГ и группы ФП-с, уменьшение интенсивности болевых ощущений по данным ВАШ на фоне ФП-д, ФП-а происходило параллельно со снижением показателей по 1-й ($r = 0,41$, $p < 0,01$) и 6-й ($r = 0,32$, $p < 0,05$) шкалам СМОЛ, т.е. с уменьшением выраженности ипохондрических расстройств и склонности к различного рода фиксациям. Согласно полученным данным, на фоне ФП-д, ФП-а достоверно уменьшалась выраженность ипохондрических и тревожно-депрессивных расстройств, а также склонность к фиксациям, в том числе на собственных ощущениях; отмечалось повышение устойчивости к стрессу, оптимистичности, активности и настроения. В отличие от изолированного применения ФП-с к

концу курса ФП-д, ФП-а отмечалось достоверно более выраженное снижение показателей по 1-й ($p < 0,01$) и повышение по 9-й ($p < 0,05$) шкалам СМОЛ, что отражало большее влияние ФП-д, ФП-а на уменьшение выраженности ипохондрических и депрессивных расстройств у больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

При изучении эффективности ФП-а сравнивали фоновые показатели у 19 (88,6%) больных, у которых к концу курса ФП-д, ФП-а значительно уменьшилась выраженность болевого синдрома, и у 5 (11,4%) больных на фоне ФП-д. Согласно полученным данным, выделенные подгруппы до начала психокоррекции не различались по выраженности болевого синдрома, но существенно различались по психологическим характеристикам. Пациенты подгруппы с незначительным уменьшением выраженности болевого синдрома до начала лечения отличались достоверно более высокими показателями по всем шкалам методики САН ("самочувствие" $5,5 \pm 0,04$ балла, "активность" $5,5 \pm 0,15$ балла и "настроение" $6,0 \pm 0,20$ балла) от пациентов с последующим значительным уменьшением интенсивности болевых ощущений ($4,2 \pm 0,18$ балла, $p < 0,001$; $4,9 \pm 0,13$ балла, $p < 0,01$ и $4,9 \pm 0,14$ балла, $p < 0,001$, соответственно). Больные с незначительным уменьшением выраженности болевого синдрома на фоне ФП-а исходно отличались большей выносливостью, активностью, оптимистичностью, инициативностью, уверенностью в себе. Усиления интенсивности болевых ощущений либо ухудшения состояния на фоне ФП-д не выявлено ни у одного больного, что свидетельствует об отсутствии противопоказаний к применению этого метода при восстановительном лечении больных остеохондрозом в условиях ФП-д, ФП-а.

Таким образом, присоединение к ФП-д, ФП-а минимальной дозы медикаментов методам психорелаксационной направленности психотерапевтической коррекции в виде минимальных доз аборфазола в сочетании с валерианой существенным образом повышает эффективность лечения и приводит к достоверно более выраженному уменьшению интенсивности болевых ощущений, ипохондрических фиксаций и депрессивных расстройств. Недостаточное влияние ФП-д, ФП-а на выраженность болевого синдрома выявлено лишь у пациентов без психических изменений. Эти данные могут свидетельствовать о том, что психокоррекция влияет на определенные звенья патогенеза длительного болевого синдрома. Именно поэтому эффективность комплексной психокоррекции тем выше, чем в большей степени в механизмах

формирования болевого синдрома задействованы соответствующие психологические факторы.

Заключение. Методика ФП-д, ФП-а, аборазол+валериана - это психорелаксационная терапия, которая эффективна при длительном

болевым синдроме. Она обеспечивает выраженный терапевтический эффект и ничем не отличается от ФП-с. С экономической точки зрения данная методика наиболее эффективна как для населения, так и системы государственного здравоохранения в целом.

Нурматова З.И., Юсупова М.Р.

ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТКА ЙОДА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ВНУТРИУТРОБНОЕ РАЗВИТИЕ ПЛОДА

Кафедра сестринского дела ГОУ ИПОвСЗ РТ, г. Худжанд

Цель исследования. Изучение особенностей течения беременности у беременных с диффузным токсическим зобом и оценка влияния данной патологии на здоровье матери и ребенка.

Материал и методы исследования. Обследование проводилось на базе Городского родильного дома г. Худжанда за период январь-март 2019 г. Ретроспективно были проанализированы истории родов 60 беременных и истории их 60 новорожденных детей. Основную группу составили 50 женщин с эутиреоидным зобом I-II степени, не получавших во время гестации индивидуальную йодную профилактику, и их 50 новорожденных. Контрольную группу составили 30 пациенток с физиологически протекающей беременностью, не имеющих анамнестических и клинических данных о патологии щитовидной железы, не получавших йодную профилактику, и их 30 новорожденных. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и паритету родов.

Результаты и их обсуждение. Анализ акушерского анамнеза показал, что нарушения менструальной функции имелись у 26% женщин основной группы против 10% в контрольной группе; наступлению настоящей беременности у пациенток с эутиреоидным зобом предшествовали: выкидыши - 10%, мертворождения - 6%, первичное бесплодие - 4%, в контроле - самопроизвольный аборт у 3,3%. Течение пренатального периода у беременных с эутиреоидным зобом осложнилось: угрозой прерывания беременности в 54% (в контроле 13,3%), ранним токсикозом в 40% (в контроле 10%), преэклампсией средней

степени II половины беременности в 50% (в контроле 13,3%), анемией в 56% (в контроле 20%).

Анализ течения родового акта выявил, что у каждой 4-ой пациентки основной группы наблюдались дискоординация и слабость родовой деятельности, в связи с чем у 10% женщин была выполнена операция кесарево сечение; в контрольной группе КС проводилось 1 чел. в плановом порядке.

Анализ раннего неонатального периода выявил, что средняя масса тела новорожденных в основной группе была 3206 г, в контроле - 3517 г; 20% детей основной группы имели массу >3800 г, что объясняется избыточным влиянием тиреотропного гормона на рост плода. Также учитывались данные оценки по шкале Апгар: в основной группе легкая степень гипоксии (6-7 баллов) была у 60% новорожденных, средняя (5 баллов) - у 10%, тяжелая (4 балла) - у 8% (в контроле - 36%, 6,6% и 0% соответственно). В связи с интранатальной асфиксией в основной группе церебральная ишемия I-II степени была выявлена в 18% (в контроле 10%), ишемия III степени - только в основной группе в 4% случаев.

Профилактика дефицита йода и эндемического зоба с использованием калия йодида в суточной дозе 200 мкг (препарат Йодомарин) способна без больших затрат в короткие сроки и без вреда для матери и плода значительно улучшить состояние здоровья беременных и практически свести на нет йоддефицитные заболевания.

Заключение. В йоддефицитных регионах у женщин нарушается репродуктивная функция, увеличивается число самопроиз-

вольных аборт и мертворождений, возрастает перинатальная и детская смертность. У женщин с эндемическим зобом имеет место высокая частота невынашивания беременности, патология перинатального периода в виде раннего токсикоза, анемии; осложненных дискоординацией и слабостью родовой деятельности течение родов. На развитие зоба у детей препубертатного возраста оказывает влияние комплекс ме-

дико-биологических и социально-гигиенических факторов. У новорожденных чаще наблюдается отягощенное течение раннего неонатального периода, проявляющееся гипоксией разной степени тяжести, снижением адаптивных возможностей организма, перинатальным поражением ЦНС. Несбалансированное питание является дополнительным фактором формирования эндемического зоба у детей.

Раупова Р.И., Файзиев С., Бакоева Н.А., Атаханова Ф.И.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ И ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней ХО ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Анализ частоты осложнений длительной гормональной и цитостатической терапии у детей с нефротическим синдромом (НС) острого и хронического гломерулонефрита.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 172 историй болезни больных с первичным нефротическим синдромом острой и нефротической формой хронического гломерулонефрита у детей.

Первоначальную терапию глюкокортикоидными препаратами все больные получали в максимальной дозе – 2 мг/кг в сутки, но не более 60 мг/сут. Продолжительность первоначального курса стероидной терапии достигала 12-24 мес. у 19 детей (11%), 6-12 мес. – у 42 детей (24,5%), 3-6 мес. – у 57 (33,1%) больных и у 54 (31,4%) – 1-3 месяца. Из них получили лечение преднизолоном в сочетании с антикоагулянтами и антиагрегантными препаратами 136 больных. Комбинированную терапию в сочетании с цитостатиками по схеме Kincaid-Smith получили 36 больных.

Результаты и их обсуждение. Анализ осложнений глюкокортикоидной терапии показал, что одним из самых частых осложнений был кушингоидный синдром, который развивался у детей с НС при длительной ежедневной схеме преднизолонтерапии (у 103 -59,8% больных). Клинически он проявлялся избыточной массой, с типичным отложением жировой клетчатки в области лица, шеи, груди, живота. На коже в области живота, плечевого пояса, ягодиц и бедер у большинства детей

появлялись полосы растяжения - стрии. Лицо приобретало лунообразную форму, на щеках появлялся румянец. После снижения терапевтической дозы и отмены преднизолона эти симптомы у большинства больных постепенно исчезали. У больных с кушингоидным синдромом нередко отмечались вирусные и бактериальные инфекции - у 22 (12,7%). Переломы костей и остеопороз диагностированы у 8 детей.

У 5 детей отмечались психические расстройства, которые проявлялись эйфорией, психозами, галлюцинаторным (зрительным) синдромом.

Вторичная надпочечниковая недостаточность (НН) возникла у 6 детей после самостоятельной отмены кортикостероидов родителями детей. У больных отмечались резкая слабость, снижение температуры тела, головная боль, жидкий стул, бледность кожных покровов, холодный липкий пот, снижение артериального давления. Своевременная диагностика и неотложные мероприятия позволили купировать НН. В 1 случае был летальный исход.

Задержка роста, обусловленная влиянием глюкокортикоидной терапии (при отсутствии конституциональной предрасположенности), отмечена у 7 детей.

Гипертензионный синдром (отсутствующий при поступлении) отмечен у 16 детей, получавших преднизолон в максимальной дозе.

Нередко встречались явления гастродуоденита (10 детей).

Осложнения и побочные действия цитостатической терапии чаще возникали в

период лечения максимальными дозами препаратов и нивелировались при уменьшении дозы или отмене препаратов. Угнетение гемопоэза (чаще в виде лейкопении) отмечено у 9 детей из 36 больных, получавших цитостатики.

Поражение печени выявлено у 11 больных в течение первых месяцев лечения хлорбутином или азатиоприном: отмечалась вялость, гепатомегалия, умеренная желтуха, повышение аланиновой трансферазы. При проведении мембраностабилизирующей и дезинтоксикационной терапии явления токсического гепатита носили быстро обратимый характер. У 18% детей возникла необходимость её отмены, из-за присоединения вирусной и бактериальной инфекции.

Заключение. Анализ осложнений проводимой терапии указывает на то, что самым частым осложнением является кушингоидный синдром; наиболее опасным надпочечниковая недостаточность. Большинство побочных реакций глюкокортикоидной и цитостатической терапии являются краткосрочными и по мере снижения дозы препарата сохраняются у небольшого числа больных после 6 месяцев. Полученные данные диктуют необходимость дифференцированного подхода к назначению дозы и длительности курса иммуносупрессивных препаратов; подключения средств, устраняющих или предупреждающих опасность возникновения осложнений, проведения регулярного клинико-лабораторного контроля в процессе лечения.

Раунова Р.И., Назарова Ф.А., Умаров С.Х.

ОБ ИСХОДАХ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение исхода острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом.

Материал и методы исследования. Изучение исходов острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом проводилось у 36 больных детей в возрасте от 3 до 16 лет, лечившихся в нефрологическом отделении ДОКБ Худжанда. Наблюдения проводились от момента поступления и в течение последующих 5 лет.

В изучаемой группе больных был 21 мальчик (58,3%) и 15 девочек (41,6%). Клиническая картина в начале заболевания проявлялась незначительными отеками на лице и нижних конечностях, протеинурией (в пределах от 0,033 г/л до 3,3 г/л), гематурией, транзиторной лейкоцитурией, артериальной гипертензией (19 больных – 52,7%).

Функции почек у большинства больных были нормальными. У 8 (22,2%) больных отмечалось снижение клубочковой фильтрации, мочевины повышалась у 3 (8,3%) пациентов.

Все дети получали только симптоматическую терапию: антибиотики, антигистаминные препараты, гипотензивные средства, витамины, гипонатриевую диету, постельный режим до исчезновения экстраренальных признаков заболевания

Для изучения продолжительности сохранения основных симптомов на первом году заболевания все больные были разделены на три группы в зависимости от степени выраженности протеинурии: первая группа – протеинурия от 0,033 г/л до 0,099 г/л; у второй протеинурия была от 0,1 г/л до 0,99 г/л и в третьей группе протеинурия была от 1 г/л до 3,3 г/л.

В каждой группе продолжительность основных симптомов (протеинурия, гематурия, лейкоцитурия и гипертензия) подсчитывалась в днях.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа установлена следующая зависимость: чем выше степень протеинурии, тем дольше сохраняются симптомы заболевания, тем медленнее наступает выздоровление.

При изучении катамнеза больных установлено, что за первый месяц выздоровело 9 детей (25%); за второй – 11 (30,5%); за третий – 8 (22,2%); за четвертый – 4 (11,1%). Всего за первый год выздоровело 32 ребенка (88,8%). 4 больных из изучаемой группы остались с симптомами заболевания после первого года, из них только у 2-х детей ремиссия наступила к концу третьего года наблюдения, у двух детей признаки заболевания сохранялись на протяжении всех лет наблюдения.

Заключение. Исчезновение основных клинических симптомов острого гломерулонефрита без нефротического синдрома происходит на первом году заболевания у 88,8% больных без применения преднизолона, цитостатиков, иммуномодуляторов и

нестероидных противовоспалительных препаратов. Продолжительность сохранения основных симптомов заболевания зависит от степени выраженности протеинурии в период развернутых клинических проявлений гломерулонефрита.

¹Рахимов Д.А., ¹Ибодов Н.С., ²Турдалиев К.Х., ²Сафаров З.М.

ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ У ЖЕНЩИН: ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

¹ГУ Республиканский научно-клинический центр Урология. г. Душанбе

²Урологическое отделение Б.Гафуровского ЦРБ

Цель исследования. Оценить эффективность терапии ХРЦ в сочетании антибактериальных препаратов с иммуностимуляторами и растительными уроантисептиками.

Материал и методы. В настоящий анализ включены 90 женщин, страдающих ХРЦ. Возраст пациенток варьировал от 18 до 70 лет, медиана = 38,5 лет. Длительность заболевания составляла более 5 лет. В план обследования входило проведение общеклинических анализов, бактериологического посева мочи, эхография и цистоскопия мочевого тракта, обязательный осмотр гинеколога. Все пациентки разделены на 2 группы: больные I группы, получавшие антибактериальные препараты и нитрофураны, и II группа, пациентам которой, кроме антибиотиков и нитрофуранов, дополнительно назначались иммуностимуляторы и растительные препараты.

Результаты и их обсуждение. Интегральным критерием оценки воспалительного процесса были показатели бактериологического посева. Выше 82% случаев высеивалась E. Coli, в 3,5% - Staphylococcus saprothitica, в 3,6% - Klebsiella pneumonia, в 3,3% - Proteus mirabilis. Антибактериальная терапия назначалась с учетом антибиотикограммы. В первой группе

больных в основном назначались антибиотики из группы фторхинолонов, аминогликозидов и нитрофураны. Во второй группе больных приоритетом для антибактериальной терапии являлся фосфомицин («Фосфамед» по 3 гр внутрь ежедневно в течение недели), кроме того, дополнительно назначались иммуностимуляторы («Линчи» по 1 кап x 2 раза в день) и растительные уроантисептики («Нефурон» по 1 кап x 1 раз в день) сроком на один месяц. Клинические проявления заболевания у пациенток I группы купировались с третьих суток, а у II группы с первых суток. Результаты анализов показали, что средняя частота рецидива заболевания составила 4,5 случая в год у больных I группы, и 2,2 случая - у II группы. Кроме того отмечалось повышение качества жизни у пациенток второй группы в связи с нормализацией психо-эмоционального статуса.

Заключение. Несмотря на большое количество рекомендаций в отношении лечения ХРЦ, процент рецидивов остается высоким. Дополнительное назначение иммуностимуляторов и растительных средств в разы снижают случаи обострения воспалительного процесса, тем самым повышая качество жизни пациенток.

¹Рахимова М., ²Раунова З., ²Раунов А., ²Узбеков А.

ИХЛОСМАНДИИ БЕМОРОН БА ДОРУВОРИХОИ ГИПОТЕНЗИВИИ БА ХАМДИГАР ПАЙВАСТШУДА (ФИКСАТСИЯШУДА)

¹Кафедра кардиология бо курси фармакологияи клиникаи ДТБКСТ ҶТ

²Маркази бемориҳои дил ва ҷарроҳии дилу рағҳои вилояти Суғд

Максад. Муайян намудани ихлосмандии беморони гирифтори фишорбаланди шараёни ба дорувориҳои гипотензивии баҳамдигар пайвастишуда (фиксатсияшуда)

Маъвод ва усулҳои тадқиқот. Тахлили 138 картаи амбулатории беморони гирифтори фишорбаланди шараёни дошта инчунин гирифтори Бемории ишемиявии дил: стенокардияи фаъолияти ҷисмони, кардиосклерози пас аз сактаи дил ва диабетии канд буданд. Синну соли беморони дар зерин тадқиқоти мо қарордошта 57 ± 5 солро дар бар мегирад. Аз миқдори умумии беморон 67 (48,6%) нафар табобати гипотензивиро бо истифода аз дорувориҳои ба ҳамдигар пайвастишуда ба монанди лозартан + гидрохлортиазид, периндоприл + амлодипин, периндоприл + индапамид, ки бо номи фирмавиашон ҳамчун Лариста Н, Амлесса, Ко-принесса маълуманд қабул карданд, ки ба гуруҳи яқум дохил шуданд. Боқимонда 71 (51,4%) нафар беморон дорувориҳои гипотензивиро ба намуди алоҳидаги ба монанди Лозартан, Гидрохлортиазид, Периндоприл, Амлодипин, Индапамид истеъмол намуда гуруҳи дуҷумро ташкил доданд. Назорати ин ду гуруҳи беморони фишорбаланди шараёни шашмоҳ давом дошт. Дар давоми шашмоҳ ин ду гуруҳи беморони гирифтори фишорбаланди шараёни якҷанд маротиба (на кам аз шаш маротиба) аз тарафи табибони дилшиноси Марказ муоина гардиданд. Назорат оид ба мунтазам ё номунтазам истеъмол доштани дорувориҳои гипотензивии тавсияшуда аз тарафи табиби дилшинос хангоми ташрифи бемор бо пур кардани анкетаи махсус ё ки саволномаи тартибдодашуда гузаронида шуд.

Натиҷа. Аз гузаронидани назорати ин ду гуруҳи беморони гирифтори фишорбаланди шараёни, ки ба тадқиқоти мо иштирок карданд маълум гардид, ки ҳамаги 13-нафар (18,3%) беморон аз гуруҳе, ки дорухои гипотензивиро дар алоҳидаги истеъмол карданд

то охири муҳлати назорат таъиноти табибонро ба пурраги қабул карда натавонистанд. Сабаб дар он аст, ки шумораи зиёди истеъмоли дорувори ва инчунин давомнок қабул кардани он барои бемор дилбазан гардидааст. Ин боиси номунтазам қабул кардани дорувориҳо гардид. Аз ин лиҳоз сатҳи фишори хун дар давоми шабонаруз ноустувор шуда аломатҳои бемории фишорбаланди шараёни ба монанди дарди сар, сарчарҳзани ва дилзанию бемадори саҳт азият дод ва ба қобилияти қорини беморон таъсири манфи расонд. Ин буд омилҳои, ки нисбати таъсири дорухои гипотензивии ба дили бемор нобовариро овард. Бемороне, ки дорувориҳои гипотензивиро дар намуди фиксатсияшуда дар тули шашмоҳ мунтазам истеъмол карданд 55 - нафар (82%)-ро ташкил дод. Аз ин ҷо бармеояд, ки бемороне, ки дар гуруҳи яқум қарор доштанд истеъмоли дорувориҳои миқдоран кам ягон хел душвори надошт. Бинобар ин шумораи беморон - истеъмолкунандагони дорувориҳои ба ҳамдигар пайвастишуда нисбати гуруҳи дуҷумро зиёданд. Инчунин сатҳи фишори хунашон то ба ададҳои муътадили мақсаднок расида дар давоми шабонаруз устувор боқимонд, ки ин боз ҳам ба баланд гардидани ихлосмандии беморон нисбати истеъмоли ин дорухои гипотензивии ба ҳамдигар пайвастишуда оварда расонд.

Хулоса. Хамин тавр, аз натиҷаи тадқиқоти гузаронидашуда бармеояд, ки бинобар миқдоран кам будани адади дорувориҳои истеъмолшаванда ва дар як шабонаруз як маротиба қабул намудани дорувориҳои гипотензивии ба ҳамдигар пайвастишуда барои беморон ниҳоят осон ва қулай буда сатҳи фишори хун устувор, муътадил ва инчунин қобилияти қорини онҳо бехтар гардид. Дар натиҷа ихлоси беморон нисбати қабули ин намуди дорувори баланд гардидааст, ки боиси бе душвори ва давомнок истеъмол намудани дорувориҳои ба ҳамдигар пайвастишуда гардид.

Самадов Ш.Х., Джураев Ш.М., Тохиров Ф.С., Гиесиев И.Г.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ
АНТИАГРЕГАНТОВ «ЭНЦЕЛАД» («КЛОПИДОГРЕЛ»,
КОМПАНИЯ «VEGA FARM», ПРОИЗВ. ИНД-СВИФТ ЛИМИТЕД,
ИНДИЯ) И «КЛОПИДОГРЕЛ» («КЛОПИДОГРЕЛ»,
КОМПАНИЯ «БЕЛМЕДПРЕПАРАТЫ», ПРОИЗВ. БЕЛАРУСЬ)**

ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Провести анализ долгосрочной клинической эффективности антиагреганта «Энцелада» (клопидогрел, компания «Vegafarm», произв. Инд-Свифт Лимитед, Индия) и «Клопидогрел» (клопидогрел, компания «Белмедпрепараты», произв. Беларусь) в острой фазе нестабильной стенокардии.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе. Обследованы 63 пациента с ИБС, острой фазой нестабильной стенокардии в возрасте 55–75 лет. В 1 группе (32 пациента) при базисной терапии ИБС назначен антиагрегант «Энцелада», во 2 группе (31 пациент) при базисной терапии ИБС применен антиагрегант «Клопидогрел». Наблюдение начинали с 1-го дня возникновения нестабильной стенокардии. Всем пациентам проводился 3-кратный общий осмотр, ЭКГ, ЭХОКГ.

По базам данных определяли частоту событий за 12 месяцев наблюдения для комбинированной конечной точки «смерть/инфаркт миокарда без летального исхода/экстренная реваскуляризация» и ее отдельных компонентов.

Результаты и их обсуждение. Не выявлено различий между двумя группами в плане критериев зависимости лечения и

исследования. Через 12 месяцев наблюдался достоверный терапевтический эффект «Энцелада» на частоту смерти/инфаркта миокарда без летального исхода/экстренной реваскуляризации (отношение риска 0,82; $P=0,005$). Частота событий составила 23,7 % в группе «Клопидогрела» и 21,3% в группе «Энцелада», т.е. абсолютная разница составила 2,4%. Терапевтический эффект «Энцелада» был тем более выраженным, чем выше степень исходного риска пациента. Терапевтический эффект в плане отдельных элементов конечной точки составлял 11-17% в пользу «Энцелада».

Заключение. Устойчивая 2,4 % абсолютная разница частоты событий на 16 день и через 12 месяцев наблюдения в пользу «Энцелада» может быть связана с более эффективным предотвращением процессов тромбообразования до и после событий, приведших к госпитализации. После окончания фармакологического действия «Энцелада» частота событий не возрастала. Таким образом, пациенты, получавшие в острой фазе «Энцелада», были защищены от ухудшения состояния по сравнению с исходным терапевтическим эффектом. Эти результаты применения «Энцелада» дополняют данные, которые целесообразно учитывать кардиологам при выборе антиагреганта для использования в острой фазе нестабильной стенокардии.

Талбова З.С., Зубайдова Т.М., Махмадёрва Г.М., Самандарова С.М.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАВЫ ШАЛФЕЯ МУСКАТНОГО, КАК ЛЕКАРСТВА, В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ ТАДЖИКОВ

Отдел Фармакологии и токсикологии лекарств Научно-исследовательского фарматцевтического центра АМН МЗиСЗН РТ
ГУ «Институт гастроэнтерологии» АМН МЗиСЗН РТ

Шалфей мускатный – *Salvia sclarea* (марвак, маврак, мармак, мармарак, макмак, марварак, кампиргулак, мастурак, алафи мастурак, калдирмоғ).

В мире произрастает 700 видов шалфея. В медицинской практике применяется 1 вид: лекарственный – *Salvia officinalis* L. 14 видов шалфея: мускатный, колючий, зеравшанский, прутьевидный, аптечный, бухарский, голостебельный Гончарова, Комарова, бальджуванский, Камелина и другие.

В диком виде встречается в Средней Азии, на юге Европейской части СНГ, в Крыму, на

Кавказе, в Средиземноморье, Малой Азии, Иране, Афганистане. Произрастает на сухих склонах, в садах, лугах, сорных местах, среди кустарников и вдоль дорог.

Собирают соцветия и верхние листья растения (верхушки цветущих побегов).

В народной медицине Таджикистана настой из цветков и листьев шалфея пьют при сердцебиении, для улучшения пищеварения при заболеваниях желудка и кишечника, от простуды и заболеваний горла и охриплости голоса, а также при переутомлении, как тонизирующее средство. Отвар из надземных

частей – стебель растения - применяют при болезнях почек и лихорадке.

Из высушенных листьев с добавлением зеленого чая заваривают чай и пьют до еды по 1/2 пиалы, как вяжущее средство для улучшения пищеварения и аппетита, а также как мочегонное и потогонное средство.

Ванну из травы принимают как смягчающее кожу средство. Кашицу из листьев с коровьим маслом прикладывают к ранам. Жареные плоды шалфея применяют при дизентерии, а также дают детям при кровавых поносах. Ванны из шалфея мускатного, рекомендуют больным ревматизмом, подагрой, при артрозах и других суставных заболеваниях.

В народной медицине таджиков чай и другие водные извлечения из цветов и листьев шалфея применяются для лечения

заболеваний дыхательных путей (острые и хронические бронхиты), мочевыделительных путей (пиелиты, циститы), печени и желчного пузыря, для лечения острого и хронического гастрита и энтероколита. Местно, в виде полоскания – при стоматитах, зубных болях, ангине, ларингите, при молочнице у детей, для лечения кожных ран и ожогов.

Водные извлечения (чай или настой) из свежих и сушеных в тени цветов и листьев шалфея мускатного применяются при сердцебиении, неврозе сердца, неврастении, варикозном расширении вен, панарициях, ожогах и для лечения остеомиелита.

Кроме того, листья шалфея в виде настоя (10:200) назначают, как антисептическое и вяжущее средство, для полоскания полости рта и горла.

Урунбоева Д.С., Гоибова З.В.

ПОКАЗАТЕЛИ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Анализ показателей холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМЭКГ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы исследования. Анализированы показатели суточного мониторирования сердечной деятельности 38 пациентов с ИБС. Из них мужчин было 17 (44,7%), женщин - 21 (55,3%). Возраст пациентов варьировал от 47 до 71 лет, составив в среднем $54,2 \pm 4,7$ лет. У всех пациентов имелся 3 функциональный класс стенокардии напряжения.

Исследование проводили с использованием аппарата Астрокард НЕ-2 (Россия) в течение первых суток наблюдения (в среднем $24,7 \pm 0,3$ часов), целью которого заключалось выявление эпизодов и степени тяжести болевой и безболевой ишемии миокарда, а также нарушениях ритма. Во всех случаях с пациентами проводилось предварительное разъяснение необходимости его поведения, а также соблюдение правил необходимых для получения правильных результатов. В частности, пациентам была рекомендована запись всех событий в течение суток с обязательной регистрацией времени приема лекарств, сна и отдыха, выполнения физических нагрузок, а также приемов пищи.

Все полученные данные в последующем подверглись анализу и статистической обработке.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных холтер-ЭКГ показал, что у большинства пациентов ($n=33$; 86,8%) имел место синусовый ритм. Нарушения ритма сердца по типу фибрилляции предсердий были зарегистрированы в 5 (13,2%) наблюдениях. Частота сердцебиения варьировала от 52 до 168 ударов в минуту, составляя в среднем $73,5 \pm 3,5$ ударов. Его анализ имел некоторые особенности в зависимости от пола пациентов. Так, средние показатели ЧСС у лиц мужского пола составили $78,5 \pm 4,5$ ударов в минуту, а у женщин - $71,5 \pm 3,5$ ударов в минуту. Также имелась разница между максимальной и минимальной частотой сердечных сокращений. Так, у мужчин минимальное и максимальное число сердечных сокращений составило 56 и 168 в одну минуту, тогда как эти показатели у лиц женского пола составили 52 и 146 соответственно.

Признаки ишемии миокарда по типу депрессии сегмента ST были выявлены у 6 (15,8%) пациентов – по 3 случая у лиц мужского и женского пола. Однако у лиц женского пола они имели свои особенности, по сравнению с

мужчинами. Так, если максимальная депрессия сегмента ST у женщин составила 3,5 мм, то этот показатель у мужчин равнялся 2,1 мм. Этот факт нами обоснуется тем, что у лиц женского пола на фоне постменопаузы из-за гормональных изменений отмечается более выраженная депрессия сегмента ST, несмотря на одинаковый функциональный класс стенокардии у лиц обоих полов.

Эпизоды нарушений ритма сердца в виде наджелудочковой экстрасистолии были зарегистрированы у 32 (84,2%) обследованных - у 14 мужчин и 18 женщин. Вместе с тем, не имелось значимой разницы по частоте выявляемости

наджелудочковой экстрасистолии в течение суток у лиц обоих полов. В течение ХМЭКГ эпизоды нарушения ритма были зарегистрированы в среднем в $7,5 \pm 1,5$ и $8,5 \pm 2,0$ случаев у мужчин и женщин соответственно.

Закключение. Таким образом, холтеровское мониторирование ЭКГ позволяет своевременно регистрировать патологические изменения со стороны сердечной деятельности, достоверно диагностировать эпизоды безболевого ишемии миокарда, нарушения сердечного ритма и проводимости. Это способствует раннему выявлению признаков ишемических повреждений миокарда.

Хабирова С.З., Ходжаева Б., Зокирова Н.С., Зубайдова Т.М.

ВЛИЯНИЕ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ «ГЕПАТОЛА» НА ВНУТРИУТРОБНЫЙ РОСТ И РАЗВИТИЕ ПЛОДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Отдел Фармакологии и токсикологии лекарств Научно-исследовательского фарматцевтического центра АМН МЗиСЗН РТ
Родильное отделение ЦРБ района Рудаки
ГУ «Институт гастроэнтерологии» АМН МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучение влияния эфирных масел «Гепатола» на внутриутробный рост и развитие плода у белых крыс в эксперименте.

Материал и методы исследования. Эксперименты проводились на 20 парах половозрелых беспородных белых крыс со средней массой 195,0-200,0 г. Животные были распределены на 2 серии, каждая состояла из 20 пар самок и самцов: 1 контрольная – к самкам в течение 10 суток до спаривания с самцами, а также в течение 23-30 дней (до родов) ежедневно внутривенно вводили дистиллированную воду из расчета 50 мл/кг массы. Опытные животные по той же схеме до спаривания с самцами и в последующем в течение 23-30 дней, т.е. в течение всего антенатального периода развития плода, ежедневно внутривенно получали эфирные масла в виде «Гепатола» из расчета 50 мг/кг массы тела.

После десятисуточного спаривания самцы перемещались в общие клетки, а самки содержались в индивидуальных клетках на водно-пищевом режиме вивария. Наличие беременности определяли по индикатору теста на беременность.

Результаты и их обсуждение. Тест на беременность на 10 день спаривания показал ее наличие только у 13 из 20 контрольных крыс, после десятисуточного спаривания с самцами наблюдали возникновение беременности, что в среднем составляло 65%. В опытной серии во всех 20 случаях (90%) наблюдалось возникновение беременности, у 18 (90%) самок.

Общее количество родившихся крысят в опытной серии составляло 164 против 94 голов в контрольной серии. Среднее число родившихся крысят на одну крысу самку в опытной серии составляло 9,11 против 7,2 голов контрольной серии. Индекс плодовитости у животных, получавших эфирные масла «Гепатола» 50 мг/кг массы в течение всего антенатального периода роста и развития плодов, в среднем равен 90%, против 50% контрольной серии. Перинатальная спонтанная смертность плодов в опытной серии составляет лишь 8 (4,8%) против 5 (5,3%) в контрольной серии.

У опытных крыс, получавших в период антенатального (первая половина беременности) и интранатального (до 30 дней) развития плода эфирные масла «Гепатола» в дозе 50 мг/кг массы, средняя масса тела и средний размер новорожденных крысят

соответственно на 2,5% и 1,2,0% были выше, чем в контрольной серии 4,7 (100%).

В контрольной серии крупных плодов не отмечалось. В опытной серии средняя масса живых плодов составляет $5,2 \pm 0,02$ г. Число крысят с подкожными геморрагиями в опытной серии более чем в 2 раза было меньше, чем в контрольной. Внутриутробной задержки роста плодов, внешних аномалий развития плодов в

опытной и контрольной сериях не отмечалось. В контрольной серии среднее количество самцов на 16-18% больше, чем самок. В опытной, наоборот, преобладает количество самцов.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии эфирных масел «Гепатола» в дозе 50 мг/кг массы на внутриутробный рост и развития плодов.

Хабирова С.З., Саниева З.М., Норова Г.С., Саидшарипова Ш.С.

ВЛИЯНИЕ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ «ГЕПАТОЛА» НА ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭМБРИОТОКСИЧЕСКОГО И ТЕРАТОГЕННОГО ЭФФЕКТОВ

Отдел Фармакологии и токсикологии лекарств Научно-исследовательского фарматцевтического центра АМН МЗиСЗН РТ
Родильное отделение ЦРБ района Рудаки

Цель исследования. Изучение возможности проявления тератогенного действия эфирных масел «Гепатола» у белых крыс.

Материал и методы исследования. Эксперименты проводились на 60 парах половозрелых беспородных белых крыс со средней массой 195,0-200,0 г. Животные были распределены на 3 серии, каждая состояла из 20 пар самок и самцов: 1 – интактная, или контрольная – самкам в течение 10 суток до спаривания с самцами, а также в течении 23-30 дней (до родов) ежедневно внутривентриально вводили подсолнечное масла из расчета 50 мг/кг массы.

Опытным животным по той же схеме, до спаривания с самцами и в последующем в течение 23-30 дней, т.е. в течение всего антенатального периода развития плода, ежедневно внутривентриально вводили эфирные масла «Гепатола» из расчета 50 мг/кг массы тела.

После десятисуточного спаривания самцы перемещались в общие клетки, а самки содержались в индивидуальных клетках на водно-пищевом режиме вивария.

Эфирные масла «Гепатола» готовили по методике Государственной фармакопии XI издания.

Результаты и их обсуждение. Ежедневное внутривентриальное введение эфирных масел «Гепатола» 50 мг/кг массы в течение 30 дней беременным крысам не оказывало заметно выраженного тератогенного и другого отрицательного эффектов на процесс внутриутробного развития плодов.

Эфирные масла «Гепатола» при внутривентриальном введении беременным крысам (в дозе 50 мг/кг) в течение 30 дней не оказывали токсического влияния на организм беременных крыс, внутриутробный рост и развитие плода.

Доказательством этому служили результаты, полученные в ходе экспериментов, при визуальном исследовании родившихся у опытных крыс-самок – крысят.

Отсутствие признаков уродства со стороны опорно-двигательных органов, со стороны глаз, носа, ушей и других видимых наружных органов, а также отсутствие признаков недоразвития плодов свидетельствовали об отсутствии эмбриотоксического эффекта настоя и эфирных масел «Гепатола» в дозе 50 мг/кг массы.

Визуальными наблюдениями также не были обнаружены какие-либо признаки, свидетельствующие о наличии опухолевых образований в области видимых слизистых оболочек, а также кожных покровов.

Результаты исследования опытных крыс, получавших в течение 30 дней настой и эфирные масла «Гепатола» из расчета 50 мг/кг массы ничем не отличались от результатов исследования интактной (контрольной) серии животных.

Заключение. В результате проведенного визуального исследования новорожденных крысят опытной серии было установлено отсутствие видимых признаков уродства со стороны конечностей и других наружных органов.

Хабирова С.З., Саидшарипова Ш.С., Якубова Ф.А., Зубайдова Т.М.

ГЛЮКОЗОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ «ГЕПАТОЛА» В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ У БЕЛЫХ КРЫС

Отдел Фармакологии и токсикологии лекарств Научно-исследовательского фармацевтического центра АМН МЗиСЗН РТ
Родильное отделение ЦРБ района Рудаки
ГУ «Институт гастроэнтерологии» АМН МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Определение уровня глюкозы под действием эфирных масел «Гепатола» во время беременности у белых крыс.

Материал и методы исследования. Эксперименты проводились на 20 парах половозрелых беспородных белых крыс со средней массой 195-200 г. Животные были распределены на 2 серии по 20 пар самок и самцов: 1 контрольная – к самкам в течение 10 суток до спаривания с самцами, а также в течение 23-30 дней (до родов) ежедневно внутривентриально вводили подсолнечное масло из расчета 50 мг/кг массы. Опытным животным по той же схеме до спаривания с самцами и в последующем в течение 23-30 дней, т.е. в течение всего антенатального периода развития плода, ежедневно внутривентриально вводили эфирные масла «Гепатола» из расчета 50 мг/кг массы тела.

После десятисуточного спаривания самцы перемещались в общие клетки, а самки содержались в индивидуальных клетках на водно-пищевом режиме вивария.

Глюкозу в сыворотке крови определяли Глюкоза – -2/12/32 - Витал - диагностическим набором реагентов для определения концентрации глюкозы в биологических жидкостях энзиматическим колориметрическим методом.

Наличие беременности определяли по индикатору теста на беременность. О действии

эфирных масел «Гепатола» на концентрации глюкозы во время беременности у белых крыс судили по следующим показателям: по концентрации глюкозы в сыворотке крови на 10 и 30 дни беременности.

Результаты и их обсуждение. После ежедневного внутривентриального введения эфирных масел «Гепатола» 50 мг/кг массы на 10 и 30 дни периода беременности не обнаружено значимого снижения концентрации глюкозы в сыворотке крови животных.

На 10 день беременности у контрольных животных концентрация глюкозы в сыворотке крови составляла $6,4 \pm 0,03$ ммоль/л, а на 30 день - $6,7 \pm 0,05$ ммоль/л, что находится в границах нормы.

У животных, получавших эфирные масла в виде сиропа «Гепатол», на 10 день беременности концентрации глюкозы в сыворотке крови составляла $5,3 \pm 0,02$ ммоль/л. Эфирные масла «Гепатола» при внутривентриальном введении беременным крысам (в дозе 50 мг/кг) на 30 день беременности также не оказывали значимого повышения концентрации глюкозы в сыворотке крови, концентрация составляла $5,9 \pm 0,02$ ммоль/л.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии эфирных масел «Гепатола» в дозе 50 мг/кг массы на концентрации глюкозы в сыворотке крови в период беременности и на репродуктивную функцию у белых крыс.

Хайридинов М.Т., Негматов Х., Хайридинов Д.М., Рахматуллоев А.

КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Кафедра сестринского дела в терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Коррекция метаболического синдрома и инсулинорезистентности с помощью антигипергликемических препаратов.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 30 пациентов (10 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 25 до 59 лет (средний возраст 52 ± 7 лет) с МС и предиабетом и (НТГ и/или НГН). МС был установлен по критериям АТРИ III/ NCEP (2001). При включении в исследование обязательными условиями было наличие у пациентов НТГ (уровень глюкозы натощак 7 ммоль/л, через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) - 7,8-11,0 ммоль/л) и/или НТГ (уровень глюкозы в плазме венозной крови натощак 6,1-7 ммоль/л, через 2 часа после ПГТТ < 7,8 ммоль/л). Критериями исключения было наличие СД типов 1 и 2, тяжелых ССЗ или соматических заболеваний, а также состояний, приводящих к гипоксии. Проводили анкетирование пациентов по русифицированной версии опросника ARIC, включающего вопросы, касающиеся наследственности, статуса курения, потребления алкоголя, диетический опрос, опрос по течению АГ и по сопутствующим заболеваниям.

У всех обследованных измеряли рост, окружность талии и бедер. Индекс массы тела рассчитывали как соотношение массы тела, в килограммах, к квадрату роста в метрах. Для оценки абдоминального типа ожирения рассчитывали соотношение объема талии и бедер. Клинико-инструментальное исследование включало измерение АД двукратно с 5-минутным интервалом; определяли систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД). ЭКГ в покое регистрировали в 12 стандартных отведениях. Лабораторные исследования включали определение содержания общего холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови.

Результаты и их обсуждение. В исследовании также оценивался превентивный эффект акарозы в отношении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). При ее применении риск развития артериальной гипертензии (АГ) понизился на 34%, любого сердечно-сосудистого события - на 49%. Доложены результаты международного исследования DREAM (191 центр из 21 страны мира), в котором изучалась эффективность росиглитазона в снижении риска развития СД пациентов с предиабетом (57% - с НТГ, 14% - с НГН и 29% - с сочетанием НТГ и НГН), которые были распределены в 2 группы: 1-я группа (основная) получила росиглитазон в дозе 8 мг/сут, 2-я - плацебо. Длительность

лечения составила 3 года. В основной группе СД развился у 11,6% больных, в группе плацебо - в 2 раза чаще (26%). В зависимости от массы тела росиглитазон способствовал предотвращению риска развития СД в пределах от 40% (ИМТ < 28 кг/м²) до 68% (ИМТ > 32 кг/м²). На фоне лечения уровень глюкозы натощак и через 2 часа после теста толерантности к глюкозе понизился соответственно на 0,5 и 1,6 мм/л. В конце лечения у 1330 пациентов (в группе плацебо - 798; $p < 0,0001$) произошла нормализация показателей углеводного обмена (нормогликемия). Наряду с этим отмечено снижение систолического и диастолического АД соответственно на 1,7 мм рт. ст. и 1,4 мм рт. ст. Однако, в основной группе выявлено увеличение массы тела больных на 2,2 кг, что сочеталось с уменьшением соотношения окружности талии и бедер (увлечение окружности бедер на 1,8 см). У 14 пациентов, получивших росиглитазон, зарегистрированы признаки сердечной недостаточности (в группе плацебо - у 2).

Суммируя полученные данные, можно заключить, что при приеме росиглитазона в дозе 8 мг/сут. риск развития СД снижается у каждого четвертого пролеченного больного. Росиглитазон способствует ликвидации НТГ у 70-80% пациентов вне зависимости от пола, этнической принадлежности и массы тела больных. Таким образом, если интенсивные физические нагрузки в сочетании с изменением образа жизни не дают желаемых результатов, прогноз у конкретного пациента с МС и НТГ неясен. Вопрос решается в пользу применения антигипергликемических препаратов, эффективность которых в предотвращение риска СД доказана. При назначении новых препаратов необходимо соблюдение мер безопасности (учет противопоказаний и контроль безопасности). Акарбоза может применяться у пациентов с нарушением НТГ молодого (старше 18 лет) и среднего возраста с различной степенью ожирения. Эффективная доза препарата 150 мг/сут. Заболевание кишечника, сопровождающиеся нарушением всасывания и наличием дивертикул, язв, трещин, стенозов ЖКТ служат противопоказанием в назначении акарбозы. Метформин показан пациентам с НГН в сочетании с ожирением и МС. Противопоказанием к назначению метформина являются острые и хронические гипоксические состояния и старческий возраст. Среднетерапевтическая доза составляет 1000-1700 мг/сут. Росиглитазон может применяться у пациентов с НТГ и НГН в сочетании с МС. В связи с отсутствием доста-

точного количества данных не рекомендуется применять у больных с сердечно-сосудистой недостаточностью. Среднетерапевтическая доза росиглитазона составляет 4-8 мг/сут.

Заключение. Таким образом, мета-анализ проспективных исследований показывает, что НТГ является не только промежуточным этапом развития СД, но и выступает в качестве независимого фактора риска ССЗ. Использование в практической медицине теории о МС способствует выявлению ранних маркеров нарушений углеводного обмена лиц с высоким сердечно-сосудистым риском. Измене-

ние образа жизни, включающее соблюдение диеты и регулярные физические тренировки, является важным звеном профилактики СД и сердечно-сосудистых осложнений. При низкой приверженности пациентов к изменению образа жизни, а также неэффективности этих мер оправданно применение антигипергликемических препаратов. Сегодня в арсенале врача имеются 3 антигипергликемических препарата: метформин, акарбоза и росиглитазон. Доказана их эффективность в предотвращении риска развития СД на этапе предиабета.

Хайруллоева Э.Д., Замирова Н.С.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «АЗИМАК» В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценка эффективности азимака в интенсивной терапии инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей (ИЗНДП) у детей.

Материал и методы исследования. С целью оценки клинической эффективности перорального антибиотика азимака в комплексном лечении внебольничных форм ИЗНДП нами проведен анализ течения бронхолегочных заболеваний по единому протоколу у 43 детей в возрасте от 1 года до 5 лет. Все дети лечились и наблюдались в условиях детских отделений.

На основании клинической картины заболеваний и данных обследования у подавляющего большинства больных (84%) диагностирован бронхит, который в 15% случаев протекал с явлениями бронхиальной обструкции, а у 38% детей имел затяжное или рецидивирующее течение. У 16% детей диагностирована очаговая бронхопневмония. Клинически у всех детей заболевания имели среднетяжелое течение, сопровождались умеренными явлениями интоксикации, кашлем с мокротой.

Практически все дети (93%) имели неблагоприятный преморбидный фон: проявления пищевой, медикаментозной аллергии или заболеваний атопической природы имели 54% детей; относились в группу часто и длительно болеющих – 24%; страдали аномалиями и пороками развития различных органов и систем – 1,5% пациентов.

Все дети имели склонность к затяжному течению заболевания, в течение 4–10 дней безуспешно лечились симптоматически в амбулаторных условиях (62%) или были выписаны из стационаров города с остаточными явлениями ИЗНДП (31%).

Большинство больных (54%) получали антибактериальную терапию до начала применения препарата "Азимак" (пенициллины, макролиды, сульфаниламиды), из них 15% лечились несколькими курсами антибактериальных препаратов; 46% пациентов лечились симптоматически, и азимак им был назначен первым курсом.

Основными показаниями к включению азимака в комплексное лечение больных с ИЗНДП явились:

- наличие клинических проявлений интоксикации (высокая температура тела более 3 дней, нарушение общего самочувствия и пр.);
- неэффективность предшествующей антибиотикотерапии препаратами группы пенициллинов, макролидов, сульфаниламидов;
- затяжное или рецидивирующее течение заболевания;
- выраженный бронхообструктивный синдром инфекционной природы;
- возникновение ИЗНДП на фоне аномалий развития у детей, имевших в анамнезе неоднократные, длительные курсы антибиотикотерапии;

- обилие гнойной мокроты и разнокалиберных хрипов в легких.

Бактериологическое исследование мокроты до начала лечения азимаком удалось провести только у 1 пациента (выделен *Str. pneumoniae*).

Азимак применяли однократно в сутки сироп 5 мл – 200 мг из расчета 10 мг/кг массы тела у детей от 6 мес. до 5 лет. Курс лечения в среднем составил 3–5 дней. Одновременно с антибактериальной терапией проводили патогенетическое и симптоматическое лечение как ИЗНДП, так и сопутствующих заболеваний.

Эффективность лечения оценивали:

- по обратному развитию клинической симптоматики: нормализации температуры тела, улучшению самочувствия, исчезновению симптомов интоксикации, исчезновению кашля, мокроты, БОС и пр.);
- по нормализации физикальных данных со стороны бронхолегочной системы;
- по динамике лабораторных и рентгенологических показателей.

Результаты и их обсуждение. Нормализация температуры тела на фоне лечения азимаком достигнута ко 2-му дню лечения; полное исчезновение проявлений интоксикации и бронхообструктивного синдрома – к 3-му дню; кашель с мокротой прекратился к 5-му дню лечения у 77% детей.

Клинически полное выздоровление к 7-му дню от начала лечения азимаком достигнуто у 77% детей. У 15% детей с неблагоприятными фоновыми состояниями (аномалии развития, атопические заболевания) выздоровление было неполным из-за наличия нечастого сухого кашля, который потребовал дополнительной симптоматической терапии. Ни один ребенок из получавших лечение азимаком не потребовал дополнительного курса антибактериальной терапии. Обращала особое внимание быстрая обратная динамика бронхообструктивного синдрома (к 3-му дню лечения) и отсутствие

обострения аллергических состояний у 47% из 54% предрасположенных детей.

Побочные эффекты, непосредственно связанные с приемом азимака и потребовавшие отмены препарата, зарегистрированы лишь у 1 больного с затяжным течением бронхопневмонии, часто и длительно болеющего, с проявлениями тяжелой пищевой аллергии. Нежелательные симптомы характеризовались: однократной рвотой, расстройством стула, изменениями в копрограмме (увеличением НЖ +; слизи ++; лейкоцитов до 4–6 в поле зрения). Однако клинико-рентгенологически со стороны бронхолегочной системы у ребенка отмечена хорошая положительная динамика и дополнительная антибактериальная терапия не потребовалась.

Нормализацию лабораторных показателей к 7-му дню лечения азимаком имели 92% детей, у 8% сохранялась умеренно ускоренная СОЭ.

Переносимость препарата у 92% пациентов оценена как отличная и хорошая. Большинство родителей больных детей отметили явное удобство в применении препарата (1 раза в сутки).

Заключение. Результаты наших наблюдений позволяют сделать следующие выводы: азимак является эффективным пероральным нетоксичным, неаллергенным и удобным в применении (за счет низкой кратности приема) антибактериальным препаратом для лечения ИЗНДП у детей. Может быть рекомендован в качестве стартового антибиотика в лечении нетяжелых вариантов амбулаторных и стационарных пневмоний и бронхитов, а также как альтернативный антибактериальный препарат при недостаточном лечебном воздействии антибиотиков других фармакологических групп. Азимак не усугубляет течения сопутствующих, в том числе и аллергических, заболеваний и относится к безопасным препаратам для детской практики.

Хайруллоева Э.Д., Замирова Н.С.

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра педиатрии ГУО ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение влияния на функциональную активность клеточного фактора иммунитета и мембраностабилизирующее действие иммуномодулятора продигозана и токоферола ацетата при тяжелой пневмонии с БОС у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 60 больных детей, которых распределили на 2 группы с тяжелой пневмонией с БОС, госпитализированных в детское пульмонологическое отделение Национального медицинского центра.

Для объективной оценки эффективности модифицированного лечения обследовано 2 группы больных: первая группа (32 пациента) - больные с тяжелой пневмонией с БОС, которые получали традиционную терапию; вторая группа - 28 больных, получавших модифицированное лечение: дополнительно продигозан методом электрофореза на грудную клетку, учитывая его стимулирующее влияние на неспецифическую резистентность организма, этим же больным параллельно назначался антиоксидант токоферола ацетат в/м от 10 до 14 инъекций.

Пневмония у большинства больных детей была связана с перенесенными острыми респираторными вирусными инфекциями. Среди клинических форм пневмонии как у детей первой, так и второй групп следует отметить частоту очагово-сливной пневмонии. Выраженная температурная реакция наблюдалась у более половины наблюдаемых нами детей. Воспалительный процесс в легких почти всегда был двусторонним, имел, как правило, затяжное и тяжелое течение.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что до лечения практически у всех детей, страдающих пневмонией с БОС, наблюдается в той или иной степени вторичная иммунологическая недостаточность. Дефект иммунного статуса у всех обследованных до лечения был примерно одинаковым и в двух группах почти не различался. Клинически БОС у больных детей первой группы исчезал на 4-5-й день от начала лечения. Во второй группе получавших модифицированное лечение БОС исчезал на 2 – 3-й день от начала лечения. Кроме того, сроки нивелирования БОС у всех наблюдаемых больных прямо коррелировали с улучшением общего состояния, повышением аппетита и физической активности.

Наши исследования показали, что острые тяжелые пневмонии с БОС вызывали у наблюдавшихся нами детей характерные им-

мунологические сдвиги. Так, в острой фазе пневмонии у детей в иммунологическом статусе определено достоверное снижение содержания Т-лимфоцитов и их субпопуляций.

При изучении состояния перекисного окисления липидов и антиокислительной системы в динамике воспалительного процесса у детей в период разгара пневмонии мы выявили повышение процессов перекисного окисления липидов (повышение содержания малонового диальдегида в плазме крови) и снижение общей антиокислительной активности крови.

После проведенного курса лечения у обеих групп больных результаты исследования функциональной активности клеточного иммунитета и перекисного окисления липидов были неодинаковы. Так, у больных детей, получавших общепринятую терапию, показатели функциональной активности клеточного иммунитета (Т-лимфоциты и их субпопуляции) и окисления липидов не достигли нормальных значений. Включение в общепринятый комплекс токоферола ацетата и продигозана показали положительные сдвиги как в состоянии функциональной активности клеточного фактора иммунитета, так и в перекисном окислении липидов, в сравнении с результатами в группе больных, получавших общепринятое лечение.

В результате применения в терапии острой тяжелой пневмонии с БОС продигозана и токоферола ацетата сократился средний срок пребывания больных в стационаре до 21,2 дня.

Наши данные свидетельствуют о том, что пневмония с БОС у детей раннего возраста с неблагоприятным преморбидным фоном протекает очень тяжело и требует не только обоснованного, рационального и интенсивного лечения, но и включения в комплекс иммунокорректирующей и антиоксидантной терапии.

Заключение. Эффективность предлагаемого нами метода лечения пневмонии с БОС доказывают данные иммунологического исследования детей. Показатели как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета у больных детей II группы, по сравнению с первой группой достоверно достигли величин возрастных норм. Кроме того, клинические наблюдения за больными, которым было проведено модифицированное лечение, показали, что у них в сравнении с детьми, получавшими общепринятый комплекс, на 2-5 дней раньше купировались основные клинические признаки заболевания.

Ҳоҷибекова Н.А., Тоҷибоева З.А., Саидмуродова Р.Ҳ., Музаффаров Ш.С.

СИРОЯТИ СИТОМЕГАЛОВИРУСӢ ДАР КӢДАКОНИ НАВЗОД: ХУСУСИЯТҲО ВА РАВАНДИ ОНҲО

Кафедраи неонатологияи МД ДТБКСТ ҶТ

Мақсади тадқиқот. Мақсади тадқиқоти мазкур омӯзиши аломатҳои клиникӣ ва хусусиятҳои раванди сироятҳои дохилибатнии махсуси гуногунсабаб дар кӯдакони навзод ва инчунин коркарди табобати онҳо ба ҳисоб меравад.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқоти мазкур дар заминаи шӯъбаи бемориҳои кӯдакони навзоди Муассисаи Давлатии Маркази Миллии Тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шуд. Ба таври интихобӣ аз байни 140 нафар кӯдаки навзоди бо ташҳиси сирояти дохилибатнӣ бистарибуда мавриди таҳлил қарор гирифтанд, ки дар 60 нафарашон ташҳиси сирояти TORCH тасдиқ карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Аз 60 нафар бемори гирифтори сирояти TORCH 43 (71,6%) нафарашон кӯдакони расида ва 17 (28,3%) нафарашонро кӯдакони норашидро ташкил медоданд. Синни модарони кӯдакони таҳти назорат қарордошта аз 18 то 40 соларо дарбар мегирифт, ки аз ин нишондод занҳои нахустзоянда 37 (61,6%) нафар ва занҳои такрорзоянда 23 (38,3%) нафар буданд.

Дар натиҷаи тадқиқоти гузаронидашуда дар 33 (55%) ҳолат сирояти ситомегаловирусӣ, дар 14 (23,3%) ҳолат сирояти герпесӣ, дар 8 (13,3%) маврид хламидиоз, дар 2 (3,3%) ҳолат токсоплазмоз, дар 2 (3,3%) нафар сифилис ва дар 1 (1,6%) маврид сирояти ВНМО дарёфт гардиданд. Ба таври муштарак сироятҳои герпесиву сирояти ситомегаловирусӣ ва сирояти хламидиозиву сирояти ситомегаловирусӣ дар 18 (30%) ҳолат ба қайд гирифта шуданд.

Новобаста аз умумияти нишонаҳои клиникӣ дар нишондодҳои клиникӣ сирояти TORCH якҷанд дигаргуниҳо ҷой доштанд.

Сирояти ситомегаловирусӣ ҳамчун ҷараёни септикӣ бо зухуроти баланди аломатҳои захролудшавии умумибаданӣ, ба таври давомнок баланд шудани ҳарорати

бадан ва дигаргуниҳои микросиркуляторӣ зоҳир гардид. Дар бештари мавридҳо узвҳои “нишонавӣ” шушҳо (дар 27 ҳолат) ва ҷигар (дар 6 ҳолат) буданд. Хусусияти хоси раванди сирояти мазкур ин дертар пайдо шудани зардшавӣ бо тобиши хокистарии пӯст, зухуроти холестази, берангшавии наҷосат ва ранги тираи пешоб ба ҳисоб мерафт. Дар навзодон аз давраи таваллуд синдроми гепатолиеналӣ ҷой дошт ва нишондоди билирубини мустақим зиёда аз 200 мкмол/л баланд гардида, ферментҳои ситолитик зиёда аз 1,5 ЕД-ро ташкил медоданд. Дар ҳолатҳои вазнин дар 1 нафар кӯдаки навзоди гирифтори сирояти ситомегаловирусӣ талайюфи (сирроз) бармаҳали ҷигар муайн карда шуда дар 1 ҳолат кистозифбрози гадуи зери меъда дарёфт гардид, ки бо фавт анҷом ёфт.

Табобати кӯдакони навзоди гирифтори сирояти TORCH бо дарназардошти дараҷаи вазнинии ҳолати беморон ба таври тафриқавӣ, ба шакли муштарак ва дар мӯҳлати тӯлонӣ гузаронида шуд. Ҳамчун маводи доруворӣ табобатии махсус ба беморон иммуноглобулини зиддиситомегаловирусӣ яъне “Ситотек” бо ҳисоби 2 мл/кг вазни бадан, ҳар 2 шабонарӯз, 3-5 маротиба таъин карда шуд.

Хулоса. Ҳамин тавр тадқиқоти мазкур нишон дод, ки дар давоми солҳои охир дар байни кӯдакони навзод нишондоди сирояти TORCH афзоиш ёфтааст. Нишондоди баландтаринро дар байни сироятҳои зикргардида сирояти ситомегаловирусӣ ишғол менамояд, ки он раванди вазнин дошта бо зарарёбии якҷанд узвҳо мегузарад ва табобаташ низ душвор аст.

Бо дарназардошти афзоиши босуръати сирояти TORCH ва хусусиятҳои онҳо бояд дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бояд савияи дониши мутахассисонро баланд бардошта ба ҷорабиниҳои табобативу ташҳисӣ усулҳои муосир ворид карда шавад.

Ҳоҷибекова Н.А., Маҳкамов Қ.Қ., Тоҷибоева З.А., Музаффаров Ш.С.

TORCH-СИРОЯТ ДАР КЎДАКОНИ НАВЗОД: ХУСУСИЯТҶО ВА РАВАНДИ ОНҶО

Кафедраи неонатологияи МД ДТБКСТ ҶТ

Муҳиммият. TORCH – сироят ё ба истилоҳи дигар сироятҳои дохилибатнии махсус дар давомисолҳои охир дар сохтори бемориҳои марҳилаи перинаталӣ яке аз мавқеъҳои назаррасро ишғол намуда сабаби бевоситаи беморнокиву фавт дар марҳилаи мазкур мегарданд. Сироятҳои дохилибатнӣ дар навзодон бештар раванди вазнин дошта мутаассифона дар ҳолатҳои зиёде аломатҳои клиникӣ хос надоранд ва бинобар ҳамин ҳам барои тафриқа намудани бемориҳои мазкур аз табиби муолиҷақунанда масъулият ва дониши баландро талаб мекунад.

Муҳимияти омӯзиши масъалаи мазкур натавон ба фавтияти перинаталӣ ва постнаталӣ асоснок гардонида мешавад, балки сироятҳои мазкур метавонанд боиси маъҷуб гардидани беморон аз он ҷумла кӯдакон низ гарданд. Бинобар ҳамин ташхисгузори саривақтӣ ва табобати самаранок яке аз вазифаҳои муҳими соҳаи неонатологӣ ва педиатри ба ҳисоб меравад.

Мақсади тадқиқот. Мақсади тадқиқоти мазкур омӯзиши аломатҳои клиникӣ ва хусусиятҳои раванди сироятҳои дохилибатнӣ махсуси гуногунсабаб дар кӯдакони навзод ва инчунин коркарди табобати онҳо ба ҳисоб меравад.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқоти мазкур дар заминаи шӯъбаи бемориҳои кӯдакони навзоди Муассисаи Давлатии Маркази Миллии Тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шуд. Ба таври интихобӣ аз байни 362 нафар кӯдаки навзоди бо ташхиси сепсиси дохилибатнӣ бистарибуда мавриди таҳлил қарор гирифтанд, ки дар 142 нафарашон ташхиси сирояти TORCH тасдиқ карда шуд. Ба усулҳои тадқиқот маълумотҳои ҷараёни ҳомиладорӣ ҳозираву ҳомиладорӣҳои пешинаи модар, баҳодихӣ ба инкишофи ҷисмонӣ, натиҷаҳои таҳлили хун, таҳлили пешоб, нишондодҳои биохимиявии зардобаи хун (билирубин, ферментҳо, тозагии хун), нейросонография, рентгенографияи шушҳо, муайянкунии маркёрҳои сирояти TORCH дар кӯдакони навзод ва модарони онҳо мансуб буданд. Барои муайянкунии

маркёрҳо нисбат ба сироятҳои зикргардида усули таҳлили иммуноферментии хун (ИФА) истифода бурда шуд. Титри ташхисии нишондоди иммуноглобулинҳо 1:200 ҳисобида шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Аз 142 нафар бемори гирифтори сирояти TORCH 108 (76,1%) нафарашонро кӯдакони расида ва 34 (23,9%) нафарашонро кӯдакони норасид ташкил медоданд. Синни модарони кӯдакони таҳти назорат қарордошта аз 18 то 40 соларо дарбар мегирифт, ки аз ин нишондод занҳои нахустзоянда 85 (59%) нафар ва занҳои такрорзоянда 57 (41%) нафар буданд.

Дар натиҷаи тадқиқоти гузаронидашуда дар 58 (40,8%) ҳолат сирояти ситомегаловирусӣ, дар 25 (17,6%) ҳолат сирояти герпесӣ, дар 22 (15,5%) маврид хламидиоз, дар 14 (9,8%) ҳолат токсоплазмоз, дар 8 (5,6%) нафар сифилис ва дар 4 маврид сирояти ВНМО 4 (2,8%) дарёфт гардиданд. Ба таври муштарак сироятҳои герпесиву сирояти ситомегаловирусӣ ва сирояти хламидиозиву сирояти ситомегаловирусӣ дар 11 (7,7%) ҳолат ба қайд гирифта шуданд.

Ҷамаи модарони кӯдакони таҳти назорат қарордошта дорои собиқаи акушерии аворизнок буданд ва дар собиқаи онҳо исқоти ҳамли худсарона, мурдатаваллудкунӣ, набардоштани ҳамла, таваллуди навзодон бо нуқсонҳои инкишофи модарзодӣ, бемориҳои шадиду музмини узвҳои пешобу таносули занона ва фишорбаландиҳои гестационӣ қой доштанд. Дар 2 нафар дар мавриди ҳомиладорӣ хуруҷи эклампсия ба қайд гирифта шуда буд. Кӯдакони таҳти назорат қарордошта дар мӯҳлати ҳомиладорӣ 28-40 ҳафта бо вазни зиёда аз 1500 гр таваллуд шуда буданд.

Ҳолати кӯдакони навзод вазнин ва ниҳоят вазнин баҳогузурӣ карда шуда буданд. Дар нишонаҳои клиникӣ сироятҳои дохилибатнӣ махсус дар кӯдакони навзоди зерӣ назорат аломатҳои захролудшавии умумибаданӣ, вайроншавии мубодилаи моддаҳо, аломатҳои неврологӣ (беқарорӣ, алоими барангезиши нейрорефлекторӣ, нолаи дарднок, шиддатнокии нармаки

калони сар, гипертонуси мушакҳо, кушода будани дарзҳои устухонҳои косахонаи сар, хуруҷҳои ихтилоҷии тоникиву клоникӣ) бартарӣ доштанд. Давомнокии хуруҷҳои ихтилоҷӣ дар ҳолатҳои вазнин зиёда аз 2 ҳафтара ташкил меоданд. Синдроми гепатолиеналӣ аз мавриди таваллуд ба назар мерасид.

Новобаста аз умумияти нишонаҳои клиникӣ дар нишондодҳои клиникии сирояти TORCH якҷанд дигаргуниҳо ҷой доштанд.

Сирояти ситомегаловирусӣ ҳамчун ҷараёни септикий бо зухуроти баланди аломатҳои захролудшавии умумибаданӣ, ба таври давомнок баланд шудани ҳарорати бадан ва дигаргуниҳои микроциркуляторӣ зоҳир гардид. Дар бештари мавридҳо узвҳои "нишонавӣ" шушҳо (дар 44 ҳолат) ва ҷигар (дар 14 ҳолат) буданд. Хусусияти хоси раванди сирояти мазкур ин дертар пайдо шудани зардшавӣ бо тобиши хокистарии пӯст, зухуроти холестази, берангшавии наҷосат ва ранги тираи пешоб ба ҳисоб мерафт. Дар навзодон аз давраи таваллуд синдроми гепатолиеналӣ ҷой дошт ва нишондоди билирубини мустақим зиёда аз 200 мкмол/л баланд гардида, ферментҳои ситолит зиёда аз 1,5 ЕД-ро ташкил меоданд. Дар ҳолатҳои вазнин дар 2 нафар кӯдаки навзоди гирифтори сирояти ситомегаловирусӣ талайюфи (сирроз) бармаҳали ҷигар муайн карда шуда дар 1 ҳолат кистозифбрози ғадуди зерӣ меъда дарёфт гардид, ки бо фавт анҷом ёфт. Дар 2 мавриди сирояти ситомегаловирусӣ атрезияи маҷроҳои талха ба назар мерасид. Бемории мазкур дар заминаи осеби дарҷааш гуногуни СМА ҷараён гирифта буд. Илтиҳоби шуши дар заминаи сирояти ситомегаловирусӣ пайдошуда раванди вазнин дошт ва дар мавриди он балғами душвор ҷудошаванда ба назар мерасид.

Сирояти герпеси неонаталӣ (дар 22 маврид) дорои раванди паҳншудаи вазнин буда бо осеби СМА, хуруҷҳои ихтилоҷӣ ва синдроми беҳолӣ зоҳир гардида дар 5 ҳолат бо аломатҳои клиникии менингоэнцефалит гузашт. Дар 8 ҳолат дар луобпардаи ковокии даҳони кӯдакон ва сатҳи пӯст донасориҳои ҳубобҷавии гуногуншакл мушоҳида карда шуд. Дар ҳолатҳои вазнин дар мавриди сирояти герпесӣ синдроми лахташавии дохилирагии мунташир (ДВС) мушоҳида карда шуда дар 6 ҳолат сирояти мазкур бо сирояти ситомегаловирусӣ ба таври муштарак гузашт.

Барои сирояти токсоплазмозӣ раванди шадиди беморӣ, аломатҳои захролуд-

шавии умумибаданӣ, варамнокӣ (дар 4 ҳолат), менингоэнцефалит бо синдроми ихтилоҷӣ (дар 6 ҳолат), энцефалопатияи дараҷаи гуногун, хунрезии дохили мағзи сар, зарарёбии узвҳои дохилӣ ва ғадудҳои эндокринӣ хос буд. Дар мавриди сирояти токсоплазмозии паҳншуда дар 2 навзод гидросефалия мушоҳида шуд ва инчунин мавҷудияти ҳосилаҳои калсификатӣ дар мағзи сар низ дарёфт карда шуданд (8 ҳолат).

Сирояти хламидиозӣ дар бисёр мавридҳо бо зарарёбии узвҳои нафаскашӣ ва мултаҳимаи чашм ҷараён гирифт. Конъюктивити хламидиозӣ дар рӯзҳои аввали таваллуд пайдо шуда ба таври клиникӣ он бо сурхшавии луобпардаи чашм, варами назаррас ва хоричоти зиёди фасоднок зоҳир мегардид. Дар мавриди сирояти мазкур аломатҳои захролудшавии умумибаданӣ нисбатан камтар зоҳир мегардиданд.

Сифилис - сирояти дохилибатнии гурӯҳи Others дар 12 маврид дарёфт карда шуд. Дар 8 ҳолат ин беморӣ бо намуди зарарёбии пӯст (обакони навзодӣ) зоҳир гардида дар 4 ҳолат зухуроти клиникии бемории сифилиси модарзодӣ ба назар намерасид. Навзодоне, ки дар онҳо барангезандаи бемории сифилис дарёфт карда шуда буданд барои идомаи табобат ба шӯъбаҳои беморхонаи бемориҳои пӯст ва зӯҳравӣ интиқол дода шуданд.

Сирояти ВНМО дар 4 ҳолат муайян карда шуд ва ҳамаи кӯдакони дорои чунин сироят ба қайди маркази ҷумҳуриявии мубориза бо сирояти ВНМО гирифта шуданд.

Табобати кӯдакони навзоди гирифтори сирояти TORCH бо дарназардошти дараҷаи вазнинии ҳолати беморон ба таври тафриқавӣ, ба шакли муштарак ва дар мӯҳлати тӯлонӣ гузаронида шуд. Ҳамчун маводи доруворӣ табобатии махсус ба беморон иммуноглобулини зиддиситомегаловирусӣ яъне "Ситотек" бо ҳисоби 2 мл/кг вазни бадан, ҳар 2 шабонарӯз, 3-5 маротиба таъин карда шуд. Ба сифати табобати махсуси бемории токсоплазмоз ба кӯдакони тадқиқшаванда пиреметамин ё фансидар бо вояи 2 мг/кг ва сулфадимизин бо ҳисоби 50-100 мг/кг таъин карда шуд. Барои пешгирии намудани хусусиятҳои захрнокии маводҳои доруворӣ зикргардида ба кӯдакон ба таври иловагӣ кислотаи фолиевӣ тавсия дода шуд. Дорувориҳои мазкур ба таври муштарак ва давравӣ дар давоми 4-6 ҳафта ва то 4 марҳала дар давоми сол таъин карда шуданд. Барои

табобати сирояти хламидиозӣ ба беморон антибиотикҳои гурӯҳи макролидӣ аз ҷумла эритромитсин бо вояи 30 мг/кг, 4 маротиба дар давоми шабонарӯз таъин карда шуд. Дар мавриди ҷой доштани конъюктивит ба кӯдакони навзод малҳами эритромитсини 1% тавсия дода шуд. Давомнокии табобати антибактериалӣ аз 20 шабонарӯз то 1 моҳро дарбар мегирифт. Барои табобати сирояти герпесӣ доруи асикловир истифода бурда шуд.

Хулоса. Ҳамин тавр тадқиқоти мазкур нишон дод, ки дар давоми солҳои охир дар

байни кӯдакони навзод нишондоди сирояти TORCH афзоиш ёфтааст. Нишондоди баландатаринро дар байни сироятҳои зикргардида сирояти ситомегаловирусӣ ишғол менамояд, ки он раванди вазнин дошта бо зарарёбии якҷанд узвҳои мегузарад ва табобаташ низ душвор аст.

Бо дарназардошти афзоиши босуръати сирояти TORCH ва хусусиятҳои онҳо бояд дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бояд савияи дониши мутахассисонро баланд бардошта ба ҷорабиниҳои табобативу ташхисӣ усулҳои муосир ворид карда шавад.

Худоев Х.У., Наврузбекова С.А., Урунова М.В., Зубайдова Т.М.

ЖЕЛЧЕГОННОЕ ДЕЙСТВИЕ ФИТОСБОРА «ЮНИГЕПТ» У МОРСКИХ СВИНОК В ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Отдел фармакологии и токсикологии лекарств Научно-исследовательского фармацевтического центра АМН МЗиСЗН РТ

Лаборатория стволовых клеток ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Кафедра фармакологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

ГУ «Институт гастроэнтерологии» АМН МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучение механизма желчегонного действия фитосбора «Юнигепт» в остром эксперименте у морских свинок.

Материал и методы исследования. Желчегонное действие «Юнигепта» исследовано на 30 морских свинок обоего пола массой 260-280 граммов.

Опытные животные были распределены на следующие серии: 1 - контрольные морские свинки, получавшие дистиллированную воду из расчета 5 мл/кг массы; 2 – животные, которым за 40 мин. до конюлирования желчного протока внутрижелудочно (в/ж) вводили «Юнигепт» в дозе 5 мл/кг массы.

У опытных и контрольных животных в течение 3 часов после введения изучаемых препаратов каждый час измеряли объем секретлируемой желчи с последующим переводом в мг из расчета на 1 г массы тела за 1 мин. в суммарной порции желчи, собранной в течение 3 часов после конюляции желчного протока.

Фитосбор «Юнигепт» состоит из травы фенхеля обыкновенного, травы эстрагона – тархуна, травы душицы мелкоцветковой и травы Melissa лекарственной.

Настой из фитосбора «Юнигепт» готовили по методике Государственной фармакопеи XI издания.

Результаты и их обсуждение. У контрольных морских свинок после фистулирования желчного протока, количество собираемой каждый час желчи в среднем составляло от $2,4 \pm 0,03$ до $2,6 \pm 0,04$ мг на 1 г массы животного. Общий объем желчи, собранной за 3 часа, составил $10,9 \pm 0,12$ мг/г массы.

«Юнигепт» во всех изучаемых (5 мл/кг массы) дозах и во все сроки исследования статистически достоверно ($P < 0,01-0,001$) повышал объем желчи. Желчегонное действие «Юнигепта» достаточно активно проявлялось в начале 1-го часа после его введения и стойко продолжалось в течение 3 часов. Желчегонный эффект препарата зависит от величины его изучаемых доз и наиболее четко проявляется в дозе 5 мл/кг массы. Под действием данной дозы препарата общий объем секретлируемой желчи почти в 1,5-2,0 раза выше, чем в контрольной серии животных.

Заключение. Таким образом, в эксперименте доказан выраженный желчегонный эффект фитосбора «Юнигепт».

Эмомалиев Д.Г., Касымов О.И., Муниева С.Х., Касымов А.О.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗНЫХ ТИПОВ ПСОРИАЗА

Кафедра дерматологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Псориаз – распространенный хронический дерматоз со спонтанными ремиссиями и обострениями.

В зависимости от семейного анамнеза и дебюта (начала) заболевания большинство исследователей выделяют два типа псориаза. Тип I характеризуется как наследственно-обусловленный (более 60% пациентов имеют родственников 1-ой степени, больных псориазом) с ранним дебютом заболевания, чаще между 10-25 годами жизни. К несемейному типу II относятся случаи кожного процесса с дебютом после 40 лет и обычно носят спонтанный, непрогнозируемый, т.е. спорадический характер.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей I и II типа псориаза у больных г. Душанбе.

Материал и методы исследования. Обследовано 66 больных распространенным вульгарным псориазом: мужчин 39 (59,1%), женщин 27 (40,9%). Из обследования исключались больные с тяжелыми и осложненными формами заболевания: эритродермией, псориазическим артритом, экссудативным и пустулезным псориазом. Возраст больных колебался от 15 до 65 лет, продолжительность болезни – от нескольких месяцев до 20 и более лет. Прогрессирующая стадия заболевания диагностирована у 44 (66,7%) пациентов, стационарная – у 22 (33,3%). Папулезно-бляшечная клиническая форма псориаза наблюдалась у 45 (68,2%) больных, лентикулярно-нуммулярная – у 21 (31,8%).

Для оценки клинической картины кожного процесса был использован стандартизованный индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) – интегральный индекс площади псориазических поражений и тяжести процесса. При хроническом бляшечном псориазе значение индекса PASI меньше 8 характерно для легкой степени течения заболевания, от 8 до 12 – для средней степени, выше 12 – для тяжелой.

Результаты и их обсуждение. Псориаз I типа (в родословной имеется семейный анамнез по псориазу) установлен у 28 (42,4%) больных: 54,3% мужчин, 45,7% женщин (соотношение 1,2:1). В возрасте до 25 лет были 51,4% больных, до 40 лет – 82,9%, старше 50

лет – 8,6%. Средний возраст больных составил $31,3 \pm 1,8$ лет.

Псориаз II типа (спорадический, в родословной нет семейного анамнеза по псориазу) отмечен у 38 (57,6%) больных (64,5% мужчин, 35,5% женщин, соотношение 1,8:1). Больных в возрасте до 25 лет было 7 (18,4%) человек, до 40 лет – 16 (42,1%) – соответственно в 2,8 и 2 раза меньше, чем в I-й группе. Старше 40 лет были 22 (57,9%) пациента. Средний возраст больных – $39,8 \pm 1,8$ лет достоверно ($p < 0,01$) превосходил данные больных I-й группы.

Клиническая картина псориаза у больных обоими типами была схожей, однако поражение ладоней и подошв при I типе заболевания (в 14,3% случаев) наблюдалось значительно (в 1,8 раза) чаще, чем при спорадическом – в 7,9% случаев ($p < 0,02$). Ногтевые пластинки были поражены у 10,7% больных I типом псориаза и у 7,9% – II, что в 1,4 раза меньше ($p < 0,05$)

Рецидивы псориаза один раз в год отмечали 68,4% больных со II типом дерматоза и 53,6% – с I типом (в 1,3 раза меньше), 2-3 раза и более в год – соответственно 26,3% и 32,1% (в 1,2 раза больше), непрерывное течение продолжительностью до года и более – 10,5% и 14,3% (в 1,4 раза больше, $p < 0,05$), что указывает на более тяжелое течение наследственно-обусловленного псориаза у больных.

Значение индекса площади и тяжести заболевания (PASI) в пределах 3-7 было у 21,4% и 39,5% больных с I и II типами псориаза ($p < 0,02$), 8-12 – соответственно у 53,6% и 47,4% ($p > 0,5$), 12-20 – у 25% и 13,2% ($p < 0,02$). Среди больных с наследственно-обусловленным псориазом распространенные, средней степени тяжести и относительно тяжелые формы заболевания (значение индекса PASI от 8 до 20) наблюдались в 1,3 раза чаще, чем среди больных спорадическим вариантом дерматоза (соответственно у 78,6% и 60,6%, $p < 0,05$)

Заключение. Таким образом, исследования показывают, что при схожести клинической картины для псориаза I типа, в отличие от II типа, для больных г. Душанбе характерно более частое поражение ладоней и подошв, ногтевых пластинок, чаще отмечаются относительно тяжелые формы заболевания с непрерывным течением.

Ятимова С.А., Нарзуллоева А.Р.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эффективность чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с желудочковыми нарушениями ритма.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено среди больных ИБС с желудочковыми аритмиями (ЖА), обследованных в Республиканском клиническом центре кардиологии, а также в РНЦССХ. ИБС была диагностирована у всех больных, в том числе в форме стенокардии напряжения I-IV функциональных классов, безболевой ишемии, постинфарктного кардиосклероза. Возраст больных на момент включения в исследование составил от 38 до 76 лет (средний возраст — $57,4 \pm 8,5$ года). Однако в исследование было включено только 70 человек, которым была проведена коронароангиография (КАГ) с последующим ЧКВ. Все больные (70 человек) были разделены на 2 группы: первая группа состояла из 40 больных, вторая - из 30. Обследование включало общеклинический осмотр, оценку биохимических показателей крови, в том числе липидного спектра, ЭКГ, ХМ ЭКГ, нагрузочную пробу (тредмил-тест и велоэргометрия), эхокардиографию.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинических данных и результатов КАГ позволил подобрать те или иные виды хирургического лечения. В I группе 26 больным из 40 (58,8%), а во II-й - 14 больным из 30 (41,2%) была выполнена реваскуляризация миокарда (РМ) методом ангиопластики и стентирования коронарных артерий. У больных были применены стенты с лекарственным покрытием: Cypher Select, Cypher, покрытые сиролимусом (фирмы CORDIS, Johnson & Johnson, США), Xience V (фирмы Abbott, США). Ангиографически успешным считался результат при отсутствии остаточного стеноза в месте стентирования более 10%, признаков диссекции и тромбоза сосуда. В соответствии с клиническими данными, спецификой

поражения и структурой коронарного русла, а также техническими особенностями полная реваскуляризация миокарда (РМ) была достигнута в I-й группе у 61,8% больных, во II-й группе - у 77,8% ($p > 0,05$). РМ методом ЧКВ выполнялась преимущественно у больных (64,7%) с давностью анамнеза ИБС менее 1 года, у 32,4% - с длительностью ИБС от 1 до 5 лет. Следует отметить, что в соответствии с результатами КАГ и клинической картиной РМ не была выполнена 14 больным (27,7%) с ЖА ишемического генеза и 17 больным (27,0%) с ЖА неишемического генеза. Эти 31 человек (12 - с ангиографически интактными КА и 19 - с атеросклеротическим поражением КА, но гемодинамически незначимым, или если проведение РМ в настоящий период было нецелесообразным) составили группу сравнения, которой была скорректирована и продолжена консервативная терапия. По данным КАГ, у данной категории больных выявлены поражения следующих КА и их сочетание: поражение ствола ЛКА (стеноз до 50%) в сочетании с поражением других КА - у 3-х человек; поражение ПМЖА - у 6 человек (стенозы 30-60%) и умеренные диффузные изменения у 4-х больных; поражение диагональной артерии (ДА) (50-60%) - у 3 больных; поражение маргинальной артерии (МА) (стенозы 50-60%) - у 2 больных; поражение ОА (стенозы 40-50%) - у 2 больных, окклюзия ОА - у 1 больного, умеренные и выраженные диффузные изменения - у 3 больных; поражение ПКА (стеноз 50%) - 4 человека, окклюзия ПКА с хорошим коллатеральным заполнением ретроградно из ЛКА - у 6 человек, умеренные диффузные изменения - у 1 человека.

Заключение. Таким образом, полная РМ была достигнута в I-й группе у 61,8% больных, во II-й группе - у 77,8% ($p > 0,05$), а ангиографически успешным считался результат при отсутствии остаточного стеноза в месте стентирования более 10%, без признаков диссекции и тромбоза сосудов.

Ятимова С.А., Нарзуллоева А.Р.

АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить анализ антиаритмической эффективности чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных желудочковыми аритмиями (ЖА) ишемического генеза.

Материал и методы исследования. Был проведен скрининг среди больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с ЖА, обследованных в Республиканском клиническом центре кардиологии, а также в РНЦССХ. У всех больных были зарегистрированы желудочковые нарушения ритма высоких градаций. ИБС была диагностирована у всех больных, в том числе в форме стенокардии напряжения I-IV функциональных классов, безболевой ишемии, постинфарктного кардиосклероза. Возраст больных на момент включения в исследование составил от 38 до 76 лет (средний возраст $57,4 \pm 8,5$ года). В исследование было включено 70 человек, которым была проведена коронароангиография (КАГ) с последующим ЧКВ. Все больные были разделены на 2 группы: в I-ю группу вошли больные с ишемическими изменениями ЭКГ: нарушение фазы реполяризации, элевация ST или его депрессия, во II-ю – больные, не имеющие таких изменений на ЭКГ.

Обследование включало общеклинический осмотр, оценку биохимических показателей крови (липидный спектр), ЭКГ, ХМ ЭКГ, нагрузочные пробы (тредмил-тест, велоэргометрия), эхокардиографию.

Результаты и их обсуждение. При подробном анализе поведения ЖА в каждой группе больных были выявлены следующие особенности. В I-й группе (у 40 человек) во время нагрузочной пробы желудочковые нарушения ритма появлялись и прогрессировали у 30 пациентов (75,0%), нарастали, по сравнению с исходным уровнем, у 10 человек (25,0%). При этом у 28 больных ЖА были связаны с отрицательной динамикой на ЭКГ на фоне ангинозного синдрома, а у 12 больных - с отсутствием этой связи. Во II-й группе (у 30 человек) было отмечено: ЖА появлялись и прогрессировали у 8 боль-

ных (26,7%), ЖА нарастали, по сравнению с исходным уровнем, у 3 человек (10,0%). Что касается видов ЖА, то в I-й группе в ходе нагрузочной пробы одиночные ЖЭ встречались в 50% случаев, парные ЖЭ - в 38,6% случаев, а пароксизмы неустойчивой ЖТ - в 11,4% случаев. Примечательно, что во II группе у всех больных наблюдались только одиночные ЖЭ. По данным КАГ, атеросклеротическое поражение коронарных артерий (КА) было выявлено у 89,4% больных I группы и 91,9% II-й группы, у остальных же больных КА оказались ангиографически интактными. ЧКВ выполнялась преимущественно у больных (64,7%) с давностью анамнеза ИБС менее 1 года, у 32,4% - с длительностью ИБС от 1 до 5 лет. В раннем послеоперационном периоде при анализе результатов ХМ ЭКГ было выявлено снижение числа больных с ЖА высокой градации. Так, после ЧКВ парные ЖЭ встречались всего у 8,8% (исходно у 17,6%), а пароксизмы ускоренного идиовентрикулярного ритма (УИР), желудочковая тахикардия (ЖТ) - у 17,6% больных (исходно - у 47,1%, $p=0,018$). Кроме того, у 14,7% больных ЖА по данным ХМ ЭКГ вовсе отсутствовали. Через 6 месяцев по данным ХМ ЭКГ в сочетании с результатами тредмил-теста после ЧКВ отмечалось дальнейшее снижение числа больных с пароксизмами УИР/ЖТ (14,7%, $p=0,0004$). Снизилось и число больных с отсутствием ЖА (до 2,9%). К 12 месяцам после ЧКВ результаты ХМ ЭКГ и тредмил-теста показали, что среди больных парные ЖЭ регистрировались у 20,6% больных, пароксизмы УИР/ЖТ - у 17,6%, и уже не было больных с отсутствием желудочковых нарушений ритма.

Заключение. Таким образом, после реваскуляризации миокарда с помощью ЧКВ отмечалось снижение степени градации ЖА, преимущественно за счет снижения числа пароксизмов УИР/ЖТ. Наряду с этим у некоторых больных наблюдалось полное подавление желудочковой эктопической активности в раннем и отдаленном периодах после ЧКВ.

РАЗДЕЛ III

ХИРУРГИЯ

Berdugina O.V., Berdugin K.A.

CLINICAL IMMUNOLOGICAL PROGNOSED OF COMPLICATIONS IN CASES OF LOCOMOTOR INJURES

Ural Institute of Traumatology and Orthopedics named after V.D. Chaklin
Yekaterinburg, Russia

Relevance. It is known, that formation and the outcome such general biological processes, as an inflammation, proliferation, and regeneration is caused by action of immunological processes. The interest of the researchers of last years to clinical immunology is determined by aspiration of judgment of a role of infringements of functioning of separate parts of immunological system in pathogenesis of damage and development of complications, including operative treatment.

Material and methods. Immunological status is investigated at 382 patients with damages and diseases of the locomotors system (obverse skeleton, backbone, long bones and large joints). Research included realization analysis of white blood cells, estimation of immunological parameters (CD3+, CD19+, NBT-test, immunoglobulines), definition of fibers of a sharp phase.

Results. The carried out of clinical and laboratory research has allowed to formulate the list and contribution of the factors (parameters of immunological reactivity) in course of reactions of damage and restoration. The role of specific immunological parts in development of complications of operative treatment - slowed down regeneration of bone in conditions of stable and distraction osteosynthesis, development of inflammation complications is investigated during operative treatment of traumas and diseases of a

backbone, occurrence sharp pneumonia, resorption of bone in the field of an artificial joint and subsequent instability at hip joint replacement.

Changes of basic immunological parameters at the noncomplicated current after operation were characterized in the whole line of similar features. In early term after operation we discover attributes of inflammation reaction - came to light developed neutrophils leucocytosis, were observed dysimmunoglobulinaemia, dynamics acute phase reactants changed. By the end of month of supervision basic immunological parameters were normalized. The occurrence of complications was characterized by increase of leukocyte number, first of all, at the expense of population's lymphocytes and eosynophils and decrease of monocytic quantity, oppression of a phagocytic link, decrease of functional activity of immunocompetent crates. Inflammation reaction to operative intervention were characterized by the greater duration and less expressed changes of concentration of acute phase reactants of fibers in comparison with the not complicated current after operation period.

Conclusion. Thus, using of immunological tests in an estimation of damages of a skeleton allows predicting complications and in timing to carry out correction of a condition of the patient and by that to avoid or, when it is impossible, to defer development of complication.

Berdugina O.V., Berdugin K.A.

LABORATORY MONITORING IN TREATMENT OF LARGE JOINTS DESEASES

Ural Institute of Traumatology and Orthopedics named after V.D. Chaklin
Yekaterinburg, Russia

Relevance. Using of modern medical-rehabilitological technologies allows achieving long remission of a line of orthopedics' diseases and, as the consequence, raises quality of life of the patient. However in various terms after operation there is a risk of development of the complications being the reason of deterioration results of carried out treatment. Hence, the realization monitoring of a condition of the patient and search of criteria allowing predicting occurrence of complications, is a urgent task in realization of highly effective methods of treatment.

Material and methods. One of most frequently of loco-motor system meeting pathologies, are the diseases of the large joints, which have determined a choice of research model. The laboratory researches carried out in at 110 patients with degenerative and posttraumatic diseases of hip joint. On the basis of the investigated remote outcomes of operative treatment (hip joint replacement) - in terms till 4 years - all patients are divided into groups with the complicated current – sharp pneumonia, resorbtion of bone and instability of endoprosthesis - (57,3 %) and not complicated current implantation (42,7 %). The researches also carried out at 81 patients with autoimmunity by diseases of joints. The complex of laboratory inspection included realization of the general analysis of blood gemostasis and immunological tests. Defined the basic parameters cells and gumoral of immunity, phagocytic status, interleukines and acute phase proteins. Besides carried out definition autoantibody anti dDNA, anti ndDNA, pANCA, cANCA, RF. The statistical processing of results included methods of variation statistics, correlation analysis and multiple regression analysis that has been carried out on the basis of the program STATISTICA.

Results. The received data have allowed noting features of change of a number of the parameters describing immunological reactivity the patient at complicated and not complicated current of hip joint replacement.

The estimation diagnostic informers of separate laboratory parameters have allowed allo-

cating criteria of forecasting of complications before occurrence of the developed clinical picture. In particular, the change of functional activity of neutrophils and contents Ig A allows to assume an opportunity of development sharp pneumonia in terms about 11 day after operation. Monocytic and lymphocytic reaction of blood with increase of production osteoresorbtion factors of IL - 1 and TNF raises risk of osteoresorbtion formation around prosthesis in terms till 3 years. The development of sensibilisation to components of prosthesis, in a combination to an oppression phagocytic activity and decrease of serum immunoglobulines assumes formation of instability of prosthesis in terms till 2 years. Is marked, that the monitoring sharp pneumonia in early postoperation period has shown the clinical efficiency not less, than in 73,1 % of cases, bone resorbtion around prosthesis - in 72,3 %, instability of prosthesis - in 70,6 %.

Other research problem became revealing interrelation gemostasis and immunological parameters in an estimation of diseases of joints. Quite often RA was accompanied by development secondary vasculitis, which diagnostic marker is ANCA. We find these antibodies only in-group of the patients with positive RA. Thus, at the patients with detection RF and ANCA the expressed changes of gemostasis parameters were marked. In particular, the activation coagulations of system of blood with attributes decrease of thrombocytes and activation inflammation of process is revealed. Thus, we assume pathogenetics connection of clinical displays autoimmunity disease with presence ANCA and change of parameters coagulations. It requires entering of corrective amendments into diagnostic algorithm at these patients.

Conclusion. Thus, using of modern medical and rehabilitation technologies in a combination to realization of immunological monitoring and application laboratory tests will allow to avoid possible complications, and it is essential to lower quantity of unsatisfactory results of treatment.

Абдужабборов А.А., Шаритов З.Р., Дадабаев Д.У.

ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭСМОЛОДА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности интраоперационного использования эсмолола в различных клинических ситуациях при кардиохирургических вмешательствах.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 122 пациента (77 мужчин, 45 женщин) в возрасте от 42 до 73 лет. Эсмолол вводили болюсно в суммарной дозе 20–250 мг при наджелудочковой тахикардии, некупируемой углублением анестезии, при АД не менее 90 мм рт.ст. на фоне симпатической стимуляции при манипуляциях на сердце и аорте, ларингоскопии и интубации трахеи. Мониторинг гемодинамики проводили на основании данных ЭКГ, АД и ЦВД.

Результаты. Болюсное введение эсмолола в дозе 0,25-1 мг/кг на фоне тахикардии оказалось эффективным более чем у 91% больных. Урежение ЧСС наступало на 1-й минуте после введения адреноблокатора, достигая максимальных значений к 5-й минуте, с последующим ослаблением эффекта на 12–20 минуте. Результаты работы пока-

зали безопасность применения эсмолола у больных при не только при гипердинамической реакции, сопровождающейся повышением МОС и СИ, но и у больных со сниженной производительностью сердца. Применение оптимальной безопасной дозы эсмолола для болюсного введения зависело от состояния гемодинамики. Для лечения тахикардии в отсутствии гипертензии доза эсмолола составляла 0,25–0,5 мг/кг. Для купирования тахикардии и артериальной гипертензии на фоне повышенной производительности сердца болюсная доза эсмолола была повышена до 1 мг/кг. Инфузионное введение эсмолола в дозе 40–200 мкг/кг/мин позволяло пролонгировать адренергическую блокаду.

Заключение. Результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать использование селективной β_1 -адреноблокады на основе болюсного и инфузионного введения эсмолола для дозированного регулирования частоты ритма и артериального давления во время операций на сердце.

Абдуллозода Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Холов А.Д.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Кафедра общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Цель исследования. Улучшение результатов лечения внутреннего геморроя.

Материал и методы исследования. С 2018 по 2019 г. в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» госпитализирован и лечен 31 пациент по поводу внутреннего геморроя. Возраст больных составил от 38 до 78 лет. Средний возраст больных – 49 лет. Женщин было 12, мужчин – 19. Длительность заболевания колебалась от 3-х до 7 лет. Диагноз «геморрой» устанавливался на основании клинических проявлений, обследования (пальцевого исследования прямой кишки и ректороманоскопии). Также всем больным осуществляли общеклинические и инструментальные методы исследования.

Необходимо отметить, что при обнаружении эрозивных процессов в слизистой оболочке прямой кишки больным перед операцией назначали курс консервативной терапии.

Результаты и их обсуждение. 31 пациенту была произведена миниинвазивная операция геморроидэктомии аппаратом Ligasure. Данная методика основана на биполярной электрокоагуляции, которая вызывает денатурацию коллагена и эластина в ткани с образованием зоны коагуляционного некроза, разрез которого не сопровождается кровотечением. Данная методика производится следующим образом: внутренние геморроидальные узлы после дивульсии ануса оттягивают зажимом Люэра, после чего накладывают аппарат Ligasure (производство Американской фирмы Valleilab) так, чтобы концы браншей доходили до ножки. Ножки и геморроидальные узлы на 3, 7, 11 часах по циферблату коагулируются. В анус вводится газоотводная трубка. Необходимо отметить, что положительная сторона предлагаемой методики заключается в значительном сокра-

щении времени операций за счёт того, что нет необходимости в перевязках геморроидальных узлов, а также делает ее практически бескровной. И, самое главное, дозированная подача и мощность подаваемой энергии делают операцию менее травматичной, что уменьшает неприятные ощущения и сроки послеоперационного периода.

Эффективность предложенного способа хирургического лечения геморроя оценивалась по следующим критериям: наличие ранних послеоперационных осложнений, сроки госпитализации, сроки временной нетрудоспособности, наличие поздних послеоперационных осложнений, частота рецидивов.

Среднее пребывание больного в стационаре составила 7 ± 2 дня. Период нетрудоспособности составил от 10 до 14 дней (в среднем $12 \pm 1,4$ дней). Необходимо отметить, что ранние и поздние послеоперационные осложнения (кровотечение, нагноение,

нарушение мочеиспускания, стриктура заднего прохода и недостаточность анального сфинктера) не возникли ни в одном случае. Ни у одного пациента возврата симптомов хронического геморроя за период наблюдения не отмечено. Больные жалоб не предъявляли, при этом чувствовали себя хорошо. При осмотре признаков воспалительных процессов на месте ранее проведённой операции не отмечено.

Заключение. Таким образом, геморроидэктомия аппаратом Ligasure является эффективным, безопасным, патогенетически обоснованным способом лечения хронического геморроя. Данная методика позволяет снизить интенсивность и продолжительность послеоперационного болевого синдрома, а также сокращает продолжительность оперативного вмешательства. Ввиду высокой эффективности данной методики рекомендуем её использование в других учреждениях.

¹Абдусаматов К.А., ^{1,2}Гаибов А.Дж., ^{1,2}Курбанов Н.Р., ²Рахмонов Дж.К.

ПОКАЗАНИЯ К РЕКОНСТРУКТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

¹Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗиСЗН РТ

²ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Определить показания к реконструктивным операциям при острой артериальной непроходимости.

Материал и методы исследования. За период с 2007 по 2018 гг. в Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ) были госпитализированы 262 больных с острой артериальной непроходимостью нижних конечностей. Только 18 (6,9%) из них обратились за медицинской помощью в течение до 6 часов от начала острой ишемии, остальные же (244-93,1%) госпитализированы после 6 часов. Острая ишемия нижних конечностей в 105 (40,1%) случаях была обусловлена тромбозом артерий, в 157 (59,9%) случаях имела место эмболия артерий нижних конечностей. Женщин было 109 (41,6%), мужчин - 153 (58,4%).

Распределение больных в зависимости от давности ишемии тромбогенного характера выглядело следующим образом: от 6 до 12 часов – 3 больных; от 12 до 24 часов – 18

больных; от 24 до 48 часов – 26 больных; от 2 до 5 суток – 14 больных; от 5 до 7 суток - 17 больных и более 7 суток – 22 больных.

При эмболиях артерий нижних конечностей больные поступили в следующие сроки острой ишемии: от 6 до 12 часов – 18 больных; от 12 до 24 часов – 19 больных; от 24 до 48 часов – 22 больных; от 2 до 5 суток – 38 больных; от 5 до 7 суток – 21 больной и более 7 суток – 26 больных.

Всем больным кроме ангиологического обследования проводились ультразвуковая доплерография и ультразвуковая дуплексное ангиосканирование, 28 пациентам по показаниям выполнена ангиография артерий нижних конечностей. В качестве пластического материала использовали аутовену.

Результаты и их обсуждение. Первичная ампутация выполнена 42 больным. В 82 наблюдениях больных с острой ишемией нижних конечностей оперировали с целью восстановления кровотока. На основании

УЗДГ, ЭхоКГ и ангиографии определялась дальнейшая лечебная тактика. При эмболиях артерий производилась прямая или непрямая эмболэктомия при помощи зонда Фогарти. Несмотря на давность ишемии, при эмболиях артерий не всегда прибегали к реконструктивным операциям. При острых тромбозах артерий, обусловленных органическим поражением артерий – атеросклероз, артериит, диабетическая ангиопатия, пациентам проводился другой объем операции. В таких случаях тромбэктомия из артерий дополнялась пластикой артерий аутовенозной заплатой (40), локальным протезированием (24) и обходным шунтированием (18).

В 27 случаях при стенозах бифуркации общей бедренной артерии и подколенной артерии операция дополнялась профундо-

пластикой, а у 34 больных с поражением дистального русла одновременно выполнена поясничная симпатэктомия. В результате проведенных операций при острых тромбозах у 84% больных удалось добиться компенсированного кровообращения в нижних конечностях.

Заключение. Таким образом, при эмболиях артерий для восстановления кровообращения обычно достаточным бывает проведение тромбэмболэктомии из магистральных артерий. При тромбозах, когда имеется органическое изменение в артериях, тромбэктомии следует сочетать с реконструктивно-восстановительными операциями, которые позволят надежно и надолго обеспечить адекватное кровообращение в конечностях.

Аллаберганов И.К., Нурматов Ш.У., Хуррамов Ф.М., Хамидов Б.Х.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ДИАФРАГМАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ
Республика Узбекистан

Актуальность. Результат лечения детей с врожденными диафрагмальными грыжами во многом зависит от решения проблем, связанных с выраженными нарушениями дыхания и кровообращения на всех этапах оказания медицинской помощи. Оперативное вмешательство, устраняя хирургическую патологию, может сопровождаться значительными расстройствами витальных функций. У новорожденных детей в связи с анатомо-физиологическими особенностями системы кровообращения возникает угроза развития тяжелых осложнений, особенно при коррекции такого тяжелого порока развития, как диафрагмальная грыжа.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения новорожденных детей, оперированных по поводу врожденной диафрагмальной грыжи.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением на клинических базах кафедры Госпитальной детской хирургии ТашПМИ (Республиканский перинатальный центр и 2-ГДХКБ г. Ташкента) находились 89 детей с диафрагмальными грыжами за период с 2010 по 2018 г.г. Мальчиков было 28

(31,4%), девочек – 61 (68,6%). Из 89 больных 70 (78,7%) были в возрасте от шести часов до 29 суток жизни.

Из 70 новорожденных с врожденными диафрагмальными грыжами 57 (81,4%) больным произведено оперативное вмешательство, 13 (18,6%) ввиду крайне тяжелого состояния, отягощенного сочетанием тяжелых пороков развития, несовместимых с жизнью, хирургическое лечение не проведено.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде основные усилия были направлены на достижение строгого лечебно-охранительного режима, что являлось профилактикой развития криза легочной гипертензии. Адекватное обезболивание осуществляли постоянным введением опиоидных препаратов в течение трех суток с последующим постепенным уходом от них. Респираторная поддержка проводилась под строгим контролем газов крови и кислотно-основного состояния. Целесообразным считали поддержание режима нормоксии, что достигалось проведением высокочастотной осцилляторной ИВЛ в течение трех-пяти суток послеоперацион-

ного режима, с последующим проведением традиционной ИВЛ. Динамическая оценка по данным ультразвукового исследования позволяет оценивать количество экссудата и аспирировать его в условиях ультразвуковой навигации. Стабильность гемодинамики в малом и большом кругах кровообращения осуществлялась проведением инфузионной терапии с использованием инотропных препаратов в условиях индивидуального клинического и инструментального контроля, лечения легочной гипертензии.

Большое внимание в лечении новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей уделяли метаболической коррекции. При устранении явлений гипоксемии начинали минимальную нутритивную поддержку как метаболическую терапию. С этой целью уже с первых суток лечения детей начинали введение адаптированных смесей аминокислот с дотацией глюкозы

для покрытия метаболических нужд. После операции продолжали проведение парентерального питания с учетом индивидуальной клинической ситуации. Со вторых суток послеоперационного периода при условии восстановления пассажа по желудочно-кишечному тракту начинали проводить минимальное энтеральное питание специализированными смесями.

Подобный комплексный подход послеоперационного введения новорожденных детей с врожденной диафрагмальной грыжей обеспечил снижение летальности пациентов до 3% (у 2 больных).

Заключение. Таким образом, лечение пациентов с врожденной диафрагмальной грыжей остается актуальной проблемой детской хирургии. Интенсивная терапия новорожденных детей остается одним из определяющих аспектов снижения младенческой смертности в целом.

Ахмеджанова Г.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДКОЖНОГО КОНТРАЦЕПТИВА ИМПЛАНОН У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ГОУ ИПОвСЗ РТ

ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Представить клинико-лабораторную характеристику подкожного контрацептива импланон у женщин позднего репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. Проспективно обследованы 70 женщин позднего репродуктивного возраста, которым в 2015–2016 годы с целью контрацепции установили подкожный имплантат импланон. Динамика наблюдения – каждые 3 месяца, в течение 24 месяцев. Критерии включения: возраст женщин 35-45 лет, использование пролонгированной имплантационной контрацепции импланон, наличие патологических процессов шейки матки (ШМ). Критерии исключения: использование других методов контрацепции в течение 2-х лет.

Обследование включало: гинекологическое обследование, простую и расширенную кольпоскопию, определение исходных показателей лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов (ЛГ,ФСГ), прогестерона, эстрадиола, пролактина, Т3,Т4,ТТГ.

Статистическая обработка проведена с использованием программы Microsoft Excel (M±m, t-критерий Стьюдента; U-критерий Манна-Уитни; корреляционный анализ по Пирсону с подсчетом коэффициента линейной корреляции (r).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин составил 36,2±0,31 года. В структуре соматической патологии лидировали анемия различной степени тяжести (66%) и йоддефицитные состояния (77%), ожирение установлено у 58%, варикозная болезнь – у 46%, патология печени и желчевыводящих путей – у 25%. Установлена высокая частота воспалительных заболеваний органов малого таза (89%), особенно патологических изменений шейки матки (71%). Среди обследованных женщин не использовали в прошлом методы предохранения от нежелательной беременности - 28% , ВМС - 63%, КОК - 9%. Через 3 месяца при применении импланона уровень пролактина составлял 229,9±19,92 Нмоль/л и соответствовал ис-

ходным значениям ($230,1 \pm 20,31$ Нмоль/л) ($p > 0,05$). Использование импланона достоверно снижает уровень ФСГ ($4,87 \pm 0,44$ ММЕ/мл) и ЛГ ($3,82 \pm 0,32$ ММЕ/мл), по сравнению с исходными ($6,22 \pm 0,31$ ММЕ/мл и $3,82 \pm 0,32$ ММЕ/мл соответственно) ($p < 0,05$). Через 6 и 12 месяцев при применении импланона уровень ФСГ ($4,83 \pm 0,42$ ММЕ/мл и $4,86 \pm 0,44$ ММЕ/мл соответственно) достоверно не отличался от предыдущих показателей) ($p > 0,05$), что указывает на сохранение базального уровня гормонов репродуктивной системы. В динамике не выявлено достоверных различий прогестерона, эстрадиола, пролактина, ТЗ, Т4, ТТГ, которые к концу года составляли: прогестерон $2,6 \pm 0,17$ нмоль/л, эстрадиол $261,1 \pm 27,7$ нмоль/л, пролактин $229,1 \pm 21,19$ нмоль/л, ТЗ $0,54 \pm 0,1$ нг/мл, Т4 $145,3 \pm 3,5$ нг/мл, ТТГ $1,05 \pm 0,02$ нг/мл ($p > 0,05$). У женщин позднего репродуктивного возраста с патологическими процессами шейки матки в цитограмме II (40%) и III типов (60%) через 6 месяцев аномальные кольпоскопические картины сохранялись у 75% женщин, через 12 месяцев - у 65%, через 18 - у 45%, через 24 - 15%. Цитограмма II типа сохранялась через 6 месяцев у 87,5% женщин, через 12 - у 62,5%, через 18 - у 50%, через 24 месяца наблюдения - у 12,5%. Подозрительный тип мазка уменьшился через 12 месяцев у 58,3% и к 24 месяцу сохранялся в 16,7% случаев. Через 6 месяцев число женщин с нормальными кольпоскопическими картинами составило 25%, через 12 - 35%, через 18 - 55%, через 24

месяца - 85%. Цитограммы I типа имели место через 6 месяцев у 12,5%, через 12 - у 37,5%, через 18 - у 50%, через 24 месяца - у 7,5%. Цитограммы II типа нивелировались к концу года у 58,3%, через 2 года - у 83,3%. Выявлена положительная связь средней силы между уровнями ФСГ и ТТГ со степенью выраженности йоддефицитных состояний ($r = 0,5$); между уровнем прогестерона и тяжестью анемии ($r = 0,4$); слабая положительная связь - между уровнем ТЗ, Т4 с патологическими цитограммами II и III типов ($r = 0,42$); отрицательная связь средней силы - между уровнем эстрадиола и степенью выраженности йоддефицитных состояний ($r = -0,6$), между уровнем эстрадиола и тяжестью анемии ($r = -0,4$), патологическими цитограммами III типа ($r = -0,3$). Продолжали использовать метод 94% обследованных, прекратили 6% из-за нежелательных эффектов (мажущие кровянистые выделения).

Заключение. Инъекционный контрацептив импланон является эффективным и безопасным методом предохранения от нежелательной беременности у женщин репродуктивного возраста, страдающих экстрагенитальной патологией, воспалительными заболеваниями органов малого таза и предраковыми процессами шейки матки. Практическая эффективность метода и продолжительность использования импланона зависят от соблюдения принципов консультирования при каждом визите и компетенции специалиста, прошедшего обучение.

Ахмеджанова Г.А.

ПРАКТИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОГО ИНЪЕКЦИОННОГО КОНТРАЦЕПТИВА НОРЭТИСТЕРОНА ЭНАНТАТ

Национальный центр репродуктивного здоровья МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить практическую и теоретическую эффективность гормонального инъекционного контрацептива норэтистерона энантат и разработать предложения для расширения доступа к оказанию контрацептивной помощи данной категории пациенток.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 223 женщин позднего репродуктивного возраста (35-49 лет),

которым внутримышечно введены масляный раствор норэтистерона энантат (основная группа - 113) и водный раствор депо-провера (контрольная группа - 110).

Норэтистерона энантат вводили каждые 2 месяца, депо-провера - каждые 3 месяца. Динамика наблюдения - в течение 1 года. При каждом визите проводилось консультирование о нежелательных эффектах препарата и опасных симптомах. Теоретическую

эффективность оценивали по Индексу Перля (чем ниже величина индекса, тем надежнее исследуемый метод контрацепции).

Статистическая обработка проведена с использованием программы Microsoft Excel ($M \pm m$, t -критерий Стьюдента; U -критерий Манна-Уитни; корреляционный анализ по Пирсону с подсчетом коэффициента линейной корреляции (r)).

Результаты и их обсуждение. Согласно отчету Национального центра репродуктивного здоровья МЗиСЗ РТ, за период с 2007 по 2017 годы охват (количество женщин, использовавших контрацептивы больше года) норэтистерона энантата увеличился в 3 раза - с 4% до 12% ($p < 0,05$) депо-провера - в 2,1 раза - с 5,8% до 12,4% ($p < 0,05$). Средний возраст женщин составил $36,2 \pm 0,31$ года. В структуре соматической патологии лидировали анемия различной степени тяжести (66%) и йододефицитные состояния (77%), ожирение установлено у 58%, варикозная болезнь - у 46%, патология печени и желчевыводящих путей - у 25%. Следует отметить высокую частоту воспалительных заболеваний органов малого таза (89%), особенно патологических изменений шейки матки (71%). Из контрацептивного анамнеза установлено, что среди обследованных жен-

щин не использовали в прошлом методы предохранения от нежелательной беременности 28%, ВМС - 63%, КОК - 9%. При использовании норэтистерона энантата индекс Перля равнялся 0,3, депо-провера - 0,5. В ходе проведенных нами исследований на индекс Перля оказывали объективные факторы, такие как нарушение техники введения внутримышечных инъекций, а также личная непереносимость какого-либо контрацептива. При опросе пациенток установлено, что причиной отказа от контрацепции явились нарушения менструального цикла (прекратили использовать норэтистерона энантат 69%, депо-провера 75%). Остальные 31% в основной группе и 25% в контрольной решили перейти на другой метод, при этом, несмотря на удобство их применения, респонденты указали на достаточное количество детей в семье и наличие побочных эффектов контрацептивов.

Заключение. Практическая эффективность метода контрацепции зависит от соблюдения принципов консультирования при каждом визите квалифицированным специалистом, прошедшим обучение. Индивидуальный подход при выборе контрацептива позволит обеспечить продолжительность и безопасность его использования.

Ашуров Г.Г., Гурезов М.Р., Джураев Д.Э.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ПОТРЕБНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Стоматологическая клиника «Формула успеха»

Цель исследования. На основе комплексного стоматологического обследования пациентов с аномалиями зубочелюстной системы определить структуру потребности в лечении заболеваний пародонта.

Материал и методы исследования. Комплексное стоматологическое обследование проведено в соответствии с критериями ВОЗ среди взрослого контингента населения. В группу наблюдения включены 578 пациентов с патологией пародонта, сочетающейся с аномалиями зубочелюстной системы. Диагноз «зубочелюстная аномалия» выставлялся на основании классификации Энгля,

дополненной классификацией Д.А. Калвеллиса. Все пациенты с патологией пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями проходили клиническое обследование, включающее сбор анамнеза и осмотр.

Всем обследованным проведены антропометрические исследования лица и головы, а также анализ контрольно-диагностических моделей челюстей. В качестве дополнительных методов использовалось рентгенологическое исследование.

Для оценки пародонтологического статуса использовали индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта. Потреб-

ность в лечении заболеваний пародонта по вышеупомянутому индексу в возрастной группе 20-29, 30-39, 40-49 и 50-54 лет рассчитывали соответственно для 123, 130, 112 и 119 человек.

Результаты и их обсуждение. Обобщая данные проведенного нами пародонтологического исследования с использованием индекса CPITN, можно заключить, что распространенность заболеваний пародонта во всех обследованных возрастных группах с аномалиями зубочелюстной системы колебалась от $91,8 \pm 4,4\%$ до стопроцентного значения.

В каждом пародонтальном сегменте процентное выражение составляющих индекса CPITN рассчитано без учёта исключённых сегментов (X), поскольку удаление зубов, как правило, в боковых сегментах могло быть следствием не только пародонтита, но и осложнения кариеса. Всё же необходимо отметить большее число исключённых секстантов в связи с удалением зубов среди обследованного контингента пациентов.

По результатам полученных данных, выясняется, что в боковом отделе верхней челюсти справа не определяются пародонтальные карманы глубиной 6 мм и более (CPITN-4). Вместе с тем, соответствующие карманы глубиной 4-5 мм (CPITN-3) отмечены у 27 (5,6%) пациентов. В этом же отделе верхней челюсти такие патологические признаки пародонта, как зубной камень (CPITN-2) и кровоточивость дёсен (CPITN-1), выявлены соответственно у 41,6% и 41,3% обследованных лиц. Пациенты с интактным пародонтом (CPITN-0) составили 11,5% от общего количества обследованных пациентов.

Доля кровоточивости дёсен по индексу нуждаемости по лечению заболеваний пародонта (CPITN-1) во фронтальном отделе

верхней челюсти занимает в среднем 59,5% (242 человека). Зубные отложения (CPITN-2) в структуре индекса интенсивности заболеваний пародонта составляют во фронтальном отделе верхней челюсти 33,7% (137 человек), патологические зубодесневые карманы глубиной 4-5 мм (CPITN-3) – соответственно 2,5% и 10 при практическом отсутствии соответствующих карманов глубиной 6 мм и более (CPITN-4) и наличии 18 лиц (4,4%) с интактным пародонтом (CPITN-0).

Интенсивность пародонтальных сегментов с зубным камнем достигла $34,3 \pm 2,17\%$ в возрастной группе 20-29 лет, $45,6 \pm 3,97\%$ - в 30-39 лет и $55,9 \pm 4,56\%$, $51,4 \pm 4,25\%$, $33,4 \pm 2,20\%$ - соответственно среди обследованных лиц в возрасте 40-49, 50-59, 60 лет и старше. Пародонтальные сегменты с карманами глубиной 4-5 мм составили $1,45 \pm 0,19\%$, $3,17 \pm 0,32\%$, $4,25 \pm 0,43\%$, $4,06 \pm 0,57\%$ и $2,13 \pm 0,36\%$ соответственно в возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 и 60 лет и старше.

Интенсивность сегментов с пародонтальными карманами глубиной 6 мм и более равнялась $0,36 \pm 0,12\%$ в возрастной группе 30-39 лет и $0,72 \pm 0,25\%$ - у 40-49-летних пациентов с аномалиями зубочелюстной системы. В последующих возрастных группах (50-59, 60 лет и старше) распространенность пародонтальных карманов глубиной 6 мм и более составила соответственно $0,33 \pm 0,14\%$ и $0,11 \pm 0,02\%$.

Заключение. Резюмируя полученные результаты, можно заключить, что высокий уровень пародонтологической заболеваемости взрослого населения обуславливает высокую потребность в лечении заболеваний пародонта. Структура потребности в пародонтологическом лечении зависит от наличия аномалии зубов и челюстей, а также возраста обследуемых.

Ашуров Г.Г., Махмудов Д.Т.

ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ И УРОВЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ЛИЦ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Интенсивность кариеса зубов широко используется в клинико-эпидемиологических исследованиях при

изучении географических особенностей поражения населения кариесом, а также при определении уровня интенсивности кариеса

в ключевых возрастных группах населения с целью стандартизации стоматологической заболеваемости. Алимский А.В. (2014), Ашуров Г.Г. (2015) и Леонтьев В.К. (2016) на основе анализа обширного клинико-эпидемиологического материала показали, что в конечном итоге структура КПУ зависит от обеспеченности стоматологическими кадрами, качества организации стоматологической помощи и уровня обеспеченности регулярной стоматологической помощью, общеобразовательного уровня населения, его санитарно-гигиенической грамотности и общей культуры.

Цель исследования. Оценка исходного значения индекса интенсивности кариеса и уровня ранее оказанной кариесологической помощи в зависимости от уровня двигательной активности.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились стоматологические пациенты с разной привычной двигательной активностью. Всего было обследовано 986 пациентов с низкой (322 чел.), средней (328 чел.) и высокой (336 чел.) привычной двигательной активностью. При первом посещении врача-стоматолога для каждого в отдельности пациента устанавливали уровень привычной двигательной активности и заполняли специально разработанную «Карта осмотра полости рта», в которой отмечали зубы, пораженные неосложненным (компонент «К») и осложненным (компонент «Р» и «Х») кариесом, запломбированные (компонент «П») и удаленные зубы (компонент «У»).

Уровень стоматологической помощи определяли с помощью группового индекса УСП (Леус П.А.). Оценку значения УСП проводили по следующей градации: очень низкий (0-9%), низкий или недостаточный (10-49%), удовлетворительный (50-79%) и оптимальный (80-100%).

Результаты и их обсуждение. Результаты обследования стоматологических пациентов показали высокую интенсивность поражения кариесом, низкое значение уровня ранее оказанной стоматологической помощи и зависимость этих показателей от возрастного фактора. Различия уровня интенсивности кариеса, определяемое между 1, 2, 3, 4 и 5-й возрастными группами (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 лет и старше), оказалось достоверным ($p < 0,001$) при соответствующем значении $4,2 \pm 0,06$, $4,6 \pm 0,04$, $1,7 \pm 0,10$ и $4,2 \pm 0,12$ единиц на одного обследованного.

Среди обратившихся с низкой двигательной активностью удельный вес нелеченного кариеса зубов неосложненного характера («К») оставался всегда достаточно низким: его удельный вес составил 0,95%, 0,38%, 0,25% и 0,14% в соответствующих возрастных группах. Значительное снижение доли компонента «К» мы расцениваем как результат увеличения других компонентов интенсивности кариеса зубов. Тому подтверждением является максимальное увеличение среднецифрового значения компонентов «Р» (5,77%), «Х» (15,85%) и «У» (77,91%) у лиц с низким уровнем привычной двигательной активности. Изложенное в указанном аспекте подтверждает также вычисление индекса УСП в обследуемых возрастных группах с соответствующими значениями 0,4%, 0,3%, 0,1%, 0,2% и 0,1%.

У стоматологических пациентов со средним уровнем привычной двигательной активности в структуре КПУз доля компонента «К» в более старших возрастных группах (50-59 и старше 60 лет) была примерно одинаковой ($0,07 \pm 0,01$ и $0,03 \pm 0,01$ единиц) и соответствовала значениям 0,38% и 0,14%. Удельный вес неосложненного кариеса зубов у 20-29-, 30-39- и 40-49-летних лиц соответствовал $0,16 \pm 0,02$ (2,41%), $0,45 \pm 0,02$ (6,0%) и $0,21 \pm 0,03$ (1,28%). Значение индекса УСП в группе обследованных лиц со средним уровнем привычной двигательной активности соответствовало нижней границе удовлетворительного уровня стоматологической помощи с колебаниями от 0,1% до 1,4% в разных возрастных группах.

У пациентов с высоким значением двигательной активности в 1-й возрастной группе в структуре КПУз доля осложненных форм кариеса, подлежащих лечению (компонент «Р»), варьировалась от $0,71 \pm 0,08$ единиц у 20-29-летних до $1,47 \pm 0,02$ в группе 60 лет и старше при соответствующих значениях 10,89% и 11,85%. Уровень стоматологической помощи среди обследованных пациентов в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет в среднем составил 1,69 и 1,13% при соответствующих значениях 0,5%, 0,6% и 0,5% у 40-49-, 50-59- и 60-летних и старше. Усредненное значение исследуемой величины составило 0,9%.

Заключение. Таким образом, среди обследованного контингента значение индекса уровня ранее оказанной стоматологической помощи соответствовало очень низкой границе градации.

Бердюгина О.В., Бердюгин К.А., Сироджов К.Х.

ЛАБОРАТОРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

ГБУЗ СО «Центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина», г. Екатеринбург, Россия
Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Проблема воспалительных осложнений – одна из основных в хирургии, особенно она актуальна для использования аппаратов внешней фиксации. Повышение эффективности оперативного лечения повреждений позвоночника – одна из наиболее актуальных проблем современной травматологии. Быстрое внедрение современных технологий существенно улучшило состояние костной ткани, позволило на ранних этапах всесторонне оценить тяжесть нанесенной травмы. Вместе с тем, прогнозирование послеоперационных осложнений и исхода лечения остается важной задачей данной технологии. Свои преимущества показал иммунологический тренинг.

Цель исследования. Разработка способа лабораторного прогнозирования воспалительных осложнений при остеосинтезе позвоночника аппаратом внешней фиксации.

Материал и методы исследования. Мониторинг проводили у 92 больных с повреждениями грудного и поясничного отделов позвоночника. У 29 пациентов (32%) из наблюдаемой группы возникли осложнения: у 16 больных после проведения первого этапа оперативного лечения – остеосинтеза позвоночника аппаратом внешней фиксации - отмечалось воспаление мягких тканей вокруг стержней, у 13 больных аналогичное осложнение возникло после проведения второго этапа оперативного лечения – переднебокового спондилодеза. Иммунологический анализ включал иммунофенотипирование лимфоцитов, определение

уровня лактоферрина методом двух-сайтового «сэндвич»-варианта иммуноферментного анализа, активность катионных белков и миелопероксидазы - цитохимическим методом; определение уровня иммуноглобулинов классов А, М, G, концентрации цитокинов ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , ИЛ-1 γ , ИЛ-8, ФНО- α и острофазовых белков (С-реактивного белка, фибриногена, гаптоглобина, церулоплазмينا, альбумина). Статистические методы исследования проведены с использованием компьютерной программы «STATISTICA» (ver. 6.0), они включали базовые статистики и множественный линейный регрессионный анализ.

Результаты лечения и их обсуждение. На основании множественного линейного регрессионного анализа установлена функция, позволяющая прогнозировать воспалительные осложнения до операции и на 2-4 сутки после неё. Отличительной особенностью установления прогностического правила являлось последовательное включение независимых переменных до состояния, когда уравнение не стало удовлетворительно описывать исходные данные. Коэффициент детерминации уравнения регрессии на обучающей выборке составил 89,3% ($p < 0,001$), точность распознавания на независимой тестовой выборке (53 больных) – 91,1%.

Заключение. Применение уравнения позволяет увеличить надежность прогнозирования воспалительных осложнений при остеосинтезе позвоночника аппаратом внешней фиксации.

Бердюгина О.В., Бердюгин К.А., Сироджов К.Х.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ

ГБУЗ СО «Центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина», г. Екатеринбург, Россия
Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Известно, что состояние формирующегося костного регенерата (качественные характеристики репаративного процесса) у больных с тяжелой скелетной травмой сложно оценить, используя рутинные лабораторные тесты, так как стандартное обследование больного с учетом общеклинического и биохимического исследования позволяет изучить только состояние систем жизнеобеспечения. С другой стороны, несмотря на детальное постижение теоретических аспектов течения репаративных процессов после различных повреждающих воздействий (травма, оперативное лечение), широкого применения в практической деятельности травматологов-ортопедов данные результаты не получили, исключение составляют только крупные научные центры. Эти затруднения обусловлены не только недостаточным оснащением лечебных учреждений необходимым оборудованием, предполагаемыми значительными расходами на приобретение реагентов, но и косностью мышления ряда практических специалистов. Также это связано и со сложностями клинико-диагностической интерпретации получаемых данных, что не может не сказаться на широте использования результатов в практическом здравоохранении.

Цель исследования. Получить диагностически ценную информацию для контроля за течением репаративных процессов, существенно оптимизировать результаты консервативного и оперативного лечения.

Материал и методы исследования. Нами на основании изучения данных иммунологического обследования 355 больных с повреждением различных сегментов опорно-двигательной системы (крупные суставы, позвоночник, повреждения лицевого скелета) и разным течением репаративных процессов показана необходимость включения

в стандартный протокол обследования таких тестов, как определение уровня иммуноглобулинов. Определение их концентрации до оперативного лечения и в послеоперационном периоде (10 суток) позволяет прогнозировать нарушенную консолидацию. Оценка чувствительности определения иммуноглобулинов для прогнозирования характера репаративных процессов с учетом использования в оценке повреждения различных сегментов опорно-двигательного аппарата составила 85,4-86,8%, специфичность – 89,1-94,6%, ожидаемая диагностическая ценность – 74,1-87,3% (для разных отделов).

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде (3 суток после вмешательства) целесообразно исследовать фагоцитоз (НСТ-тест, концентрация лактоферрина). Чувствительность этих тестов составляет 91,4-92,5%, специфичность – 77,8%-88,9%. Ожидаемая диагностическая ценность – 79,3-79,8%. В отдаленные сроки (после оперативного лечения) предлагается оценивать уровень цитокинов и их растворимых рецепторов (ИЛ-1 α , ИЛ-1 γ , ИЛ-8, ФНО- α). Чувствительность этих тестов составляет 87,9-89,3%, специфичность 81,7%-91,6%. Ожидаемая диагностическая ценность – 88,1-88,8%.

Заключение. Величина затрат на проведение предложенных лабораторных тестов не соизмерима с экономическим эффектом от его внедрения. Эти исследования могут проводиться на базе существующих клинко-диагностических лабораторий с использованием отечественных тест-систем, что не приводит к значительным материальным сложностям внедрения их в практику. В целом, проведенное исследование позволило разработать чувствительные тесты для оценки репаративных процессов у больных с тяжелой скелетной травмой.

Бердюгина О.В., Бердюгин К.А., Сироджов К.Х.

РАННЕЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАМЕДЛЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ГБУЗ СО «Центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина», г. Екатеринбург, Россия
Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в освоении новых технологий современной хирургической практики, в ряде случаев встречаются осложнения, например замедленная консолидация костной ткани при оперативном лечении повреждений и заболеваний костно-мышечной системы. Метод чрескостного остеосинтеза – комплексная система лечения, позволяющих радикально изменить принципы лечения многих повреждений, в частности, повреждений лицевого скелета. Основой этого метода является использование больших пластических возможностей тканей, проявляющихся лишь при создании комплекса оптимальных условий для восстановления нарушенных анатомо-функциональных соотношений, управление восстановительными и формообразовательными процессами.

Несмотря на широкие возможности метода, у части больных встречается замедленная консолидация костной ткани, обусловленная, по-видимому, изменением иммунореактивности пациента. В целом, можно отметить, что оперативное лечение переломов нижней челюсти с использованием устройств внешней фиксации приводит к изменению соотношения основных популяций иммунокомпетентных клеток с динамикой их функционального состояния, наибольшей реакцией отличается гуморальное звено иммунной системы. На основании изучения данных об уровне основных острофазовых реактантов отмечается выраженная воспалительная реакция, которая характеризуется высокой активностью процесса и кратковременностью протекания.

Цель исследования. Разработка способа раннего лабораторного прогнозирования воспалительных осложнений при оперативном лечении переломов нижней челюсти.

Материал и методы исследования. Проведено изучение иммунного статуса 96 больных с повреждениями нижней челюсти после остеосинтеза устройством внешней фиксации. На основании клинико-рентге-

нологических критериев пациенты были разделены на две группы – с замедленной и нормальной консолидацией костной ткани в условиях чрескостного остеосинтеза.

Исследование крови проводили при поступлении в клинику и в динамике лечения (через 3, 10 суток, 1-2 месяца). Определяли стандартные клинико-иммунологические показатели (лейкоциты, количество и функциональную активность популяций лимфоцитов, нейтрофилов, концентрацию провоспалительных белков, интерлейкины).

Статистическая обработка результатов проведена на основе компьютерной программы «STATISTICA».

Результаты и их обсуждение. Получены данные о том, что у больных с замедленной консолидацией нижней челюсти после остеосинтеза выявлены специфические изменения со стороны иммунной системы. В частности, в послеоперационном периоде отмечалось увеличение основных субпопуляций лейкоцитов с изменением их функционального состояния. В процесс вовлекалось фагоцитарное звено иммунной системы, нормализация деятельности которого отмечалась уже через месяц после операции. Реактивные изменения характеризовали гуморальное звено (иммуноглобулины, активность компонента, циркулирующие иммунные комплексы). Воспалительная реакция на оперативное вмешательство характеризовалась большей длительностью и менее выраженными изменениями концентрации острофазовых белков. Установлена динамика концентрации интерлейкинов – ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-8, ИЛ-10, рИЛ-1, ФНО.

Заключение. Проведенное исследование позволило не только установить закономерные различия реагирования иммунной системы при нормальной и замедленной консолидации костной ткани, но и разработать иммунологические критерии раннего прогнозирования замедленной консолидации костной ткани при оперативном лечении повреждений нижней челюсти.

Бободжонов Д.Н., Шаймонов А.Х., Шарипов Г.Н., Хамидов Ф.М.

СРАВНЕНИЕ Т-ОБРАЗНОГО И ЭЛИПСОВИДНОГО РАЗРЕЗОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АБДОМИНОПЛАСТИКИ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Сравнение результатов пластической абдоминопластики с использованием Т-образного и эллипсоидного разрезов.

Материал и методы исследований. Настоящее сообщение основано на результатах обследования 250 больных, госпитализированных в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2010 по 2018 годы по поводу отвислого живота и ожирения, для проведения хирургического удаления излишков жира в области живота. Средний возраст больных составил $36 \pm 2,1$ года. Среди них женщин было 242, мужчин - 8. При этом у 87 женщин имел место отвислый живот, как последствие родов, у 124 женщин - вторая степень ожирения, у 23 женщин – третья степень ожирения.

Всем больным в дооперационном периоде проводилось общеклиническое обследование, а также определение функции внешнего дыхания, состояния внутренних органов с помощью ультразвукового исследования.

Результаты и их обсуждение. Для проведения абдоминопластики Т-образный разрез был использован у 88 пациентов, эллипсоидный – у 154. Более половины больных с эллипсоидными разрезами были

прооперированы на начальном этапе проведения исследования. Ввиду развития краевого некроза мы вели поиск других методик, которые бы снижали степень натяжения тканей при их соединении, после удаления излишков кожи и жира. Наиболее удобной методикой оказалась операция с применением Т-образного разреза. Однако при применении данной методики образуется более значимый для эстетического результата рубец, в сравнении с эллипсоидным разрезом. В то же время проведение статистической обработки результатов показало отсутствие статистически значимого снижения развития неблагоприятных явлений, в частности нарушения кровоснабжения тканей, в группе Т-образного разреза, по сравнению с эллипсоидным ($6,4 \pm 1,2$ против $6,2 \pm 1,7$). В то же время Т-образная методика требовала меньше времени для своего выполнения.

Заключение. Методика использования эллипсоидного разреза при абдоминопластике показала себя более эффективной с косметической точки зрения. Меньшая частота развития нарушений кровоснабжения при использовании Т-образной методики не доказана. Однако каждая из указанных методик может быть использована, в зависимости от конкретного случая.

Бобоев А.Р., Давлатов А.А., Джононов Дж.Д., Ибрагимов Э.К.

УСТРАНЕНИЕ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА КИСТИ СПОСОБОМ ЛИМБЕРГА

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Кафедра хирургических болезней ТГМУ имени Абуали ибн Сино

Цель исследования. Изучить особенности и результаты применения способа Square-flap-plasty (Лимберг А.А.) при устранении приводящей контрактуры большого пальца кисти.

Материал и методы исследования. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ с 1995 года по 2019 год оперировано 150 больных с послеожоговыми рубцовыми контрактурами большого пальца кисти, из которых в 40 (26,7%) случаях использован способ Лимберга А.А. – так называемый Square-flap-plasty. Возраст больных колебался от 2 года до 20 лет.

Показанием к применению данного способа явились тяжелые формы послеожо-

говой приводящей контрактуры большого пальца кисти, когда возникала потребность в значительном углублении межпальцевого промежутка с устранением одновременно нескольких стягивающих рубцовых гребней. Способ применяли в классическом варианте. При этом два треугольных лоскута на вершине квадратного лоскута позволяют при использовании одной схемы избавиться из нескольких стягивающих рубцовых стяжений. Необходимо планирование широкого квадратного лоскута таким образом, чтобы он по возможности выкраивался из кожи с сохранённой эластичностью. Выкраивание лоскутов производили с применением пре-

цизионной техники, что позволяло избегать повреждения сосудисто-нервных пучков I и II пальцев.

Результаты и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде каких-либо осложнений после применения способа Лимберга (Square-flap-plasty) нами не отмечено. Все лоскуты прижились. Активную и пассивную разработку пальцев начинали через две недели после операции. Отдаленные результаты прослежены у всех больных в сроках от 6 месяцев до 9 лет. Функциональный результат оценивали по степени отведения большого пальца, состоянию послеоперационных рубцов

и эстетичности первого межпальцевого промежутка. У 38 больных объем отведения большого пальца был в полном объеме и ничем не отличался от здоровой кисти. Только в двух случаях отмечено умеренное ограничение объема активного отведения большого пальца.

Заключение. Применение способа Лимберга (Square-flap-plasty) является методом выбора при устранении послеожоговой рубцовой приводящей контрактуры большого пальца кисти. Способ позволяет одновременно устранить несколько стягивающих рубцовых стяжений первого межпальцевого промежутка.

Гульмуратов Т.Г., Авгонов У.М., Одил Саидолим, Аликулов А.Г.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ ИБС

Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ИПОвСЗ РТ
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Провести сравнительную оценку результатов коронарного шунтирования на работающем сердце и в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материал и методы исследования. В настоящей работе представлен анализ результатов операций коронарного шунтирования на работающем сердце у 118 больных, контрольную группу составили 90 пациентов, которым была выполнена реваскуляризация миокарда в условиях ИК, за период с 2012 по 2018гг. в отделении кардиохирургии РНЦССХ. Большинство пациентов (88,5%) были мужского пола в возрасте от 36 до 72 лет (в среднем $55,8 \pm 7,2$ лет). 138 больных (66,3%) находились в III – IV функциональном классе. У 11 больных (5,2%) имелась нестабильная стенокардия, 106 пациентов (50,9%) ранее перенесли инфаркт миокарда. Всем пациентам наряду с общеклиническим обследованием была выполнена эхокардиография и коронароангиография.

По данным эхокардиографического исследования средняя фракция выброса (ФВ) в основной группе составила $54,4 \pm 7,4\%$, в контрольной группе – $53,1 \pm 8,2\%$ ($p > 0,05$).

Гемодинамически значимое поражение бассейна одной коронарной артерии имело

место у 10 (4,8%), двух артерий – у 85 (40,9%), трех артерий – у 113 (54,3%) пациентов. Индекс поражения коронарного русла в основной группе составил $3,84 \pm 0,92$, в контрольной – $4,02 \pm 0,82$ ($p > 0,05$).

Пациенты обеих групп по полу, возрасту, характеру поражения коронарных артерий и частоте встречаемости сопутствующих заболеваний были сопоставимы.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ непосредственных результатов коронарного шунтирования на работающем сердце и операций, выполненных в условиях ИК, показал, что среди пациентов основной группы послеоперационные осложнения (инфаркт миокарда, ОПН, ОНМК, медиастенит, кровотечение) наблюдались в 2 раза реже, чем у больных контрольной группы. Продолжительность операции на работающем сердце была на $49,8 \pm 9,3$ мин. короче, чем КШ в условиях ИК, что объясняется отсутствием необходимости канюляции аорты и проведения ИК. Длительность послеоперационной ИВЛ составила в среднем $618,2 \pm 152,7$ и $888,3 \pm 188,7$ мин. Среднее время пребывания пациентов в ОРИТ сократилось с $3,4 \pm 0,6$ суток до $2,9 \pm 0,4$ суток. У больных, оперированных без ИК,

суммарная кровопотеря по дренажам составила в среднем $478,1 \pm 191,3$ мл, в контрольной группе $648,5 \pm 163,2$ мл.

Потребность в переливании крови и ее компонентов возникла у 35% и 65% пациентов соответственно. Среди больных, оперированных на работающем сердце, летальность составила 4,2%, тогда как в группе, оперированных в условиях ИК, - 6,8%. Продолжительность пребывания в стационаре сократилась на $3,2 \pm 0,7$ дня.

Послеоперационные результаты показали достоверные преимущества операций КШ на работающем сердце с применением минимально-инвазивной технологии со снижением летальности на 2,6% и тяжелых осложнений: сердечной, дыхательной, по-

чечной и полиорганной недостаточности, а также со стороны ЦНС, что обусловлено устранением негативного влияния ИК и уменьшением травматичности оперативного вмешательства.

Результаты наших исследований свидетельствуют об эффективности и целесообразности широкого применения минимально-инвазивных технологий в коронарной хирургии.

Заключение. Реваскуляризация миокарда на работающем сердце является эффективным и малотравматичным методом хирургического лечения больных ИБС. Коронарное шунтирование на работающем сердце исключает осложнения, свойственные ИК, уменьшает затраты лечения.

Гульмурадов У.Т., Султанов Д.Д., Мирзоев С., Солиев О.Ф.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей путем применения эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО)

Материал и методы исследований. Настоящее сообщение основано на результатах обследования и эндовенозной лазерной облитерации 25 больных с варикозной болезнью нижних конечностей в отделении хирургии сосудов РНЦССХ в 2019 году. Среди них женщин было 19, мужчин - 6, в возрасте от 23 до 39 лет. Длительность заболевания колебалась от 6 мес. до 5 лет.

Всем больным были проведены общеклинические исследования, дуплексное сканирование подкожных и глубоких вен нижних конечностей, изучено состояние свертывающей системы крови (ПИ, АЧТВ, МНО и тромбоциты). По данным дуплексного сканирования отмечалась эктазия стволов малой и большой подкожной вен с вертикальным рефлексом крови. Со стороны глубоких вен нижних конечностей патологии не обнаружено

Показанием для ЭВЛО была варикозная болезнь нижних конечностей по классификации CEAP: C2 - у 17, C3 - у 8 пациентов.

Процедура ЭВЛО варикозно расширенных вен нижних конечностей проводилась под местной анестезией под контролем дуплексного сканирования. Применяли аппарат «Лакта-Милон» (Россия) с использованием лазерного излучения среднего ИК-диапазона длиной волны 1470 нм, мощностью 6 Вт. Под контролем ультразвука на уровне коленного сустава выполняли пункцию ствола большой подкожной вены с установлением интрадюсера 7 F, через который вводили лазерный световод до уровня клапана большой подкожной вены в области сафено-бедренного соустья. Под контролем ультразвука, по ходу футляра большой подкожной вены посредством 4-5 инъекций анестетика (0,5% раствор лидокаина) создавали плотную «подушку» вокруг облучаемого участка вены. Далее на фоне автоматической тракции световода (0,75 мм/сек) проводили эндовенозную коагуляцию вены. После завершения ЭВЛО выполняли минифлебэктомию ветвей большой и малой подкожной вен. Через прокол 1,5 мм ангиокарда 14 G, с помощью крючков Варади максимально вытягивали веточки подкожной вены и коагулировали. После окончания процедуры ЭВЛО и минифлебэктомии

накладывали стерильные салфетки в области минифлебэктомии и одевали компрессионные чулки II степени компрессии. После процедуры ЭВЛО больным рекомендовали неспешную ходьбу в течение 30 минут. Повторный осмотр и дуплексное сканирование проводили через 1-3 суток после операции. Рекомендовали ношение компрессионного трикотажа в течение 14 дней.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов после ЭВЛО и минифлебэктомии достигнут хороший клинический и косметический эффект. По данным контрольного дуплексного сканирования, наступила

полная облитерация ствола поверхностной подкожной вены с прекращением рефлюкса крови. У 5 пациентов отмечались умеренные боли в области минифлебэктомии на голени в течение 2-3 дней. В течение 3 месяцев наблюдения рецидива заболевания не было.

Заключение. Эндовенозная лазерная облитерация является малотравматичным, эффективным и безопасным методом лечения варикозно расширенных вен нижних конечностей. При строгом соблюдении показаний ЭВЛО в сочетании с минифлебэктомией дает хороший косметический эффект и ускоряет реабилитацию пациентов.

Давлатов Дж.А., Абдувохидов Б.У., Болтабаев И.И., Юлдошев Х.Ф.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУНАПРАВЛЕННОГО КАВОПУЛЬМОНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА У ДЕТЕЙ С УНИВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Оценить ближайшие и отдаленные результаты после наложения двунаправленного кавопульмонального анастомоза (ДКПА) у детей с унивентрикулярными пороками сердца.

Материал и методы исследования. За период с 2013 по 2018 годы на базе Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии Республики Таджикистан 9 детям с унивентрикулярными пороками сердца были наложены ДКПА. Средний возраст пациентов составил $50,1 \pm 36,7$ (11-120) месяцев, масса тела - $13,9 \pm 6,47$ (9-26) кг, рост - $91 \pm 18,49$ (65-122) см. Гипоплазия правого желудочка сердца имело место в 7 случаях (77,8%) и гипоплазия левого желудочка - в 2 случаях (22,2%). Среди них двум пациентам ранее был наложен модифицированный подключично-легочный анастомоз по Белоку-Тауссигу. Для диагностики и последующего контроля анатомического и гемодинамического состояния легочной артерии, всем пациентам были проведены эхокардиография, катетеризация полостей сердца и ангиокардиография. Средняя длительность наблюдения составила $4,8 \pm 2,6$ лет

Результаты и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов не было. У 1 пациента

имело место кровотечение из области анастомоза, в связи с чем потребовалась рестернотомия и наложение гемостатических швов. В 2 случаях послеоперационный период осложнился хилотораксом, который был ликвидирован с помощью консервативной терапии. Среднее давление в ВПВ до операции составило $22,06 \pm 2,64$ мм рт. ст., в течение всей процедуры наложения анастомоза держалось на уровне $21,49 \pm 3,04$ мм рт. ст. Время пережатия в среднем составило $12,76 \pm 2,48$ мин. Среднее значение SaO_2 на фоне пережатия сосудов составило $61,55 \pm 6,2\%$. Послеоперационные исследования показали значительное увеличение среднего значения SaO_2 до $85,77 \pm 6,97\%$, а среднее давление в ЛА снизилось до $12 \pm 3,80$ мм рт. ст. В отдаленные сроки от (1 до 5 лет) проявлений синдрома ВПВ или аритмий не наблюдалось. Показатели SaO_2 держались на уровне $85,77 \pm 6,97\%$, которые существенно не отличались от непосредственных послеоперационных значений. Эхокардиография показала хорошо функционирующий ДКПА, адекватную сердечную функцию и отсутствие атриовентрикулярной регургитации на клапане у всех пациентов. Исследования гемодинамики показали, что после ДКПА давление в ЛА снизилось до $12 \pm 3,80$ мм рт. ст., что достоверно меньше,

чем значения давления в ЛА в ближайшем послеоперационном периоде ($p < 0,0001$). Индекс Наката значительно увеличился, по сравнению с предоперационными значениями ($290,87 \pm 28,66 \text{ мм}^2/\text{м}^2$) и в среднем составил $303,64 \pm 26,85 \text{ мм}^2/\text{м}^2$ ($p \leq 0,022$).

Заключение. Выполнение ДКПА с использованием временного шунта без ИК является безопасным, экономически эффективным методом, не влияет на качество cavo-пульмонального анастомоза и даёт хорошие краткосрочные и среднесрочные результаты.

¹Дехканов О., ¹Бободжонов Р., ¹Бобоев М., ^{1,2}Рахимова М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АОРТАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫМ АНЕВРИЗМОЙ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ

¹Согдийский областной центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии им. профессора Амонullo Орифова

²Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Представить результаты хирургического лечения больных с аортальными пороками сердца, осложненными аневризмой восходящей части аорты, с использованием техники оперативного вмешательства по Бентала де Боно.

Материал и методы исследования. За период с 2013 по 2018 гг. нами были прооперированы 6 больных с ревматическим аортальным пороком сердца, который осложнился аневризмой восходящего отдела аорты. Оперативное лечение было проведено по методу Бентала де Боно. Возраст больных 50-65 лет, в среднем $56,8 \pm 4,5$ лет, мужчин было 4, женщин - 2. Больные поступили с жалобами на боли в области сердца, одышку и сердцебиение при ходьбе, общую слабость, головокружение.

Обследование включало полное клиническое исследование, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию и АКГ с коронарографией (у 4 из них). В двух случаях окончательный диагноз установлен на операции. Оперативные вмешательства выполнялись в условиях искусственного кровообращения (ИК), с использованием гипотермии 260С и кардиopleгии кустадиолом. Для протезирования применялся клапаносодержащий кондуит «Gortex» с механическими протезами.

Результаты и их обсуждение. Особенности операций: в двух случаях после имплантации кондуита в аортальную позицию отмечено крайне низкое расположение устья левой коронарной артерии (ЛКА) за счет резкого расширения синусов Вальсальвы вниз, из-за чего прямое сшивание устья в отверстие в протезе не представлялось возможным. Поэтому стен-

ка протеза вскрывалась прямоуглольно в виде «откидывающейся створки» верхний край, которой сшивался по нижнему краю устья ЛКА, таким образом, заканчивая линию анастомоза протеза со стенкой аорты, он перемещалась в аорту. В третьем случае выполнено раздельное протезирование клапана аорты и протезирование восходящей части аорты выполнением проксимального анастомоза выше устьев коронарных артерий из-за недоступности устья ЛКА в плотно натянутой складке стенки аорты ниже фиброзного кольца аорты. В остальных случаях устья коронарных артерий путем стандартных манипуляций удавалось вшить в протез. У одной пациентки после вскрытия аневризмы аорты было определено расслоение интимы аорты с фенестрацией ближе к корню аорты, а расслоение доходило до верхней трети восходящей аорты. Во всех случаях аневризматический «мешок» зашивался над протезом герметично и анастомозировался с ушком правого предсердия (ПП). Учитывая появившуюся небольшую гематому по ходу ствола ПКА, больной выполнена АКШ ПКА венозным кондуитом, после чего гемодинамика была стабилизирована. Время общего ИК в среднем составило $202,6 \pm 22,07$ мин., время пережатия аорты – $144,6 \pm 16,7$ мин. Больные экстубированы в первые сутки после операции, получали умеренные дозы кардиотоников. Течение послеоперационного периода во всех случаях было без осложнений. Больные были выписаны на вторую неделю домой в удовлетворительном состоянии и наблюдаются по настоящее время.

Заключение. Операция Бентала де Боно в классическом варианте является методом

выбора у больных с аортальным пороком, осложненным аневризмой восходящего отдела аорты. Применение техники вскрытия стенки кондуита в виде лоскута «откидывающего створки» вниз для анастомоза и перемещения низко расположенного устья ЛКА является простой,

исключающей применение техники выкраивания устья КА в виде «путовки», мобилизации и отдельной их имплантации. Сохранение и герметичное зашивание остаточной стенки аорты над протезом дают возможность надежно контролировать гемостаз.

Додариён Х.С., Маликов М.М., Хомидов И.Т., Хомидов Н.Х.

ПРАВОМОЧНОСТЬ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ГРЫЖЕ АМИАНДА

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель работы. Обосновать удаление червеобразного отростка при грыже Амианда.

Материал и методы исследования. С 2007 по 2018 годы в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии было прооперировано 8 пациентов с диагнозом «грыжа Амианда». Возраст больных от 5 до 14 лет. Среди оперированных было 7 детей мужского пола и одна девочка в возрасте 7 лет. Все пациенты обратились в плановом порядке с врожденной правосторонней пахово-мошоночной грыжей.

Наряду с клинико-объективными данными было выполнено УЗИ. При УЗИ определяли размеры грыжевых ворот и содержимое. Однако ни в одном наблюдении нахождения червеобразного отростка в просвете грыжевого мешка не было обнаружено.

Результаты и их обсуждение. Все дети были оперированы под общим эндотрахеальным наркозом с применением правостороннего доступа по Волковичу-Дьяконову. У всех имело место наличие врожденной косой пахово-мошоночной грыжи.

После выделения грыжевых ворот полное нахождение червеобразного отростка в мешке было отмечено у 5 детей, причем у двоих купол слепого кишечника был мобильным и

находился в мешке. У остальных 3 детей часть отростка находилась в грыжевом мешке. Во всех наблюдениях червеобразные отростки были неизменными. Необходимо отметить, что все отростки были утолщенными и по длине превышали обычные возрастные размеры. Этот феномен мы связывали с частой травматизацией отростка. Учитывая детский возраст и возможность воспаления отростка в будущем, во всех случаях была выполнена аппендэктомия и пластика грыжевых ворот местными тканями.

Некоторые специалисты принимают идею сохранения аппендикса, если он без острого воспаления, так как это помогает в более быстром восстановлении в послеоперационном периоде. Есть общее мнение хирургов по поводу левосторонней грыжи Амианда, поскольку эти случаи имеют нетипичное проявление, то практическое большинство авторов предложили выполнить обязательную аппендэктомию в этих случаях.

Заключение. При грыже Амианда в детском возрасте при возможности и отсутствии противопоказаний во всех случаях нужно проводить аппендэктомию для профилактики развития острого аппендицита в будущем, что довольно трудно диагностируемо в этом возрасте.

Ёров У.У., Назарова Ш.Ф., Саидов С.Ш., Эмомов Х.С.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра сестринского дела Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель работы. Анализ внедрения эндоскопических операций у детей в условиях Хатлонского медицинского центра г. Бохтар.

Материал и методы исследования. С 2008 года в медицинском центре Тибби Хатлон г. Бохтара начато выполнение лапароскопических операций у детей.

Выполнено 179 эндоскопических вмешательств при различной плановой и экстренной хирургической патологии у детей в возрасте от 1,5 месяцев до 18 лет.

Результаты и их обсуждение. Лапароскопическая аппендэктомия проводилась при различных формах аппендицита: 6 - катаральный, 72 - флегмонозный, 13 - гангренозный (5 с разлитым гнойным перитонитом). Давность заболевания до госпитализации составляла от 12 часов до 3 суток. Переход на лапаротомию потребовался в одном случае при множественных межпетлевых абсцессах.

Двадцать две девочки оперированы лапароскопическим доступом при гинекологической патологии: 18 по поводу кисты яичника, 3 по поводу перекрута придатков, 1 по поводу апоплексии яичника. Все девочки доставлялись по экстренным показаниям с клиникой острого аппендицита.

По поводу острой спаечной кишечной непроходимости оперированы 12 детей, по-

ступивших в первые сутки заболевания. Трое из них - с ранее оперированным диагнозом катаральный аппендицит, им проведен лапароскопический адгезиолизис единичной шварты без технических трудностей. 35-детям выполнена диагностическая лапароскопия. Восемь девочек оперированы дивертикулэктомией по поводу дивертикула тонкого кишечника, в шести случаях выполнено ушивание ран кишечника. По поводу тупой травмы живота: 3 были с множественными гематомами сальника и брыжейки толстой кишки, 2 - с ранениями передней поверхности печени, им проведен лапароскопический гемостаз. Дети, оперированные лапароскопическим методом с экстренной хирургической патологией, были выписаны в хорошем состоянии в среднем на пятые сутки.

Заключение. Оценивая опыт применения эндоскопических операций у детей, можно сделать вывод об их целесообразности, так как лапароскопическая методика позволяет выявить и одновременно устранить сопутствующую патологию; разрешает сомнения при неясном диагнозе, позволяя избегать ненужной лапаротомии, является щадящей и высокоэффективной, особенно у девочек; сокращает сроки пребывания детей в стационаре.

Зиёбоев Ш.А., Сироджов К.Х., Шарипов Г.Н., Сафаров А.Х.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГКБ № 1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Цель исследования. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения переломов проксимального отдела бедренной кости.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты диагностики и лечения 126 пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости за период 2011-2015 гг. Возраст пациентов колебался от 20 до 67 лет (средний возраст 51 год). Согласно классификации АО/ASIF (1993), переломы шейки бедра имели место у 102 (80,9%) и переломы вертельной области - у 24 (19,1%) больных.

Всем больным при поступлении на фоне введения анальгетиков выполнена рентгенография конечности в стандартных проекциях, взяты все необходимые лабораторные анализы, при наличии сопутствующей патологии все пациенты осмотрены и проконсультированы профильными специалистами. В показанных случаях накладывались скелетное вытяжение или гипсовая повязка. После соответствующей подготовки в экстренно-отсроченном порядке под спинномозговой анестезией выполнен остеосинтез перелома шейки бедра спонгиозными конюлированными винтами или динамическим

бедренным винтом. Операции выполнялись под контролем электронно-оптического преобразователя. За основу оценки эффективности лечения взята методика стандартизированной оценки исходов переломов костей опорно-двигательного аппарата и их последствий (СОИ-1) (Миронов С.П., Матис Э.Р., Троценко В.В., 2008).

Результаты и их обсуждение. Пассивные и активные движения близлежащих суставов начинали со 2-го дня послеоперационного периода. Через определенное время, соответственно возрасту, соматической патологии и адаптационной возможности организма, разрешалась ходьба при помощи костылей без нагрузки на оперированную конечность в течение 6 месяцев. За этот период больные наблюдались амбулаторно в поликлиниках по месту жительства. Спустя 6 месяцев с момента операции под рентгенологическим контролем больным разрешали умеренную нагрузку на оперированную конечность.

Сроки наблюдения пациентов составили от 1 года до 2-х лет. Хорошие результаты по-

лучены у 40 (31,7%), удовлетворительные – у 68 (54%) и неудовлетворительные результаты – у 18 (14,3%) пациентов. В отдаленном периоде отмечены осложнения в виде несращения перелома у 6 (4,8%), ложного сустава – у 5 (4%) и асептического некроза головки бедра – у 9 (7,1%) пациентов. Анализируя отдаленные результаты лечения, выяснили, что основными причинами столь высокого процента осложнений является позднее обращение больных от момента травмы, а также остеопорозный процесс, который встречается у пациентов старческого возраста.

Заключение. Лечение больных с переломами шейки бедренной кости и вертельной области представляет собой трудную и многокомпонентную задачу, которая осуществима в травматологических центрах второго уровня с наличием специализированных смежных терапевтических подразделений. Предложенная методика оперативного лечения перелома шейки и вертельной области эффективна в более молодом возрасте, а лицам свыше 60 лет рекомендуется эндопротезирование сустава.

Зиёзда С.С., Ходжамуратов Г.М., Шаймонов А.Х., Раджабов М.Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ ЩЁЧНОГО ДОСКУТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА УРЕТРЕ

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Актуальность. Стриктуры уретры являются одним из наиболее сложных разделов реконструктивно-пластической хирургии мужских половых органов. Согласно последним данным, частота встречаемости данной патологии среди всех урологических больных составляет около 6%, в то время как удовлетворительные результаты после проведения операции отмечаются лишь в трети случаев. Возможности применения местной пластики ограничены обильным разрастанием рубцовой ткани у данной категории больных. Наиболее удобным и целесообразным с гистологической точки зрения для трансплантации тканей является слизистая оболочка щёчной области.

Цель исследования. Оценить эффективность применения слизистой щёчной области у лиц мужского пола при стриктурах уретры.

Материал и методы исследования. Материал исследования составили 22 больных со стриктурами уретры различной этиологии, обратившихся в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2008 по 2018 годы. Средний возраст больных составил $6,7 \pm 0,9$ года. Все больные относились к лицам мужского пола. Стриктуры имели различную этиологию, в 12 случаях образовались после проведения оперативного вмешательства, в 10 случаях имелись другие причины развития, такие как посттравматическое сужение, а также врождённые дефекты.

Всем больным проводился комплекс диагностических методик, включавший ультразвуковое исследование органов малого таза и мошонки на предмет наличия сопутству-

ющих аномалий развития, урофлуометрия до и после операции, антропометрические исследования дефекта уретры.

Результаты и их обсуждение. Выбор слизистой оболочки щёчной области был обусловлен наличием у данного вида трансплантата следующих необходимых свойств:

- толстый слизистый слой, схожий с таковым у внутренней оболочки уретры;
- тонкая подслизистая пластинка;
- возможность выкраивать довольно большие площади тканей, при минимальном вреде для донорской зоны.

Средний размер забора тканей составил $3,2 \pm 0,7$ см. Перед имплантацией трансплантата осуществлялось иссечение рубцово-изменённых тканей под микрохирургическим воздействием. В образовавшийся дефект

внедряли ткани слизистой оболочки рта, после чего поверх неё сшивали местные ткани кожи.

Интраоперационных осложнений не было. В ближайшие сроки после операции отторжение лоскута отмечалось у трёх больных, перенесших ранее неудачные оперативные вмешательства в анамнезе.

В остальных случаях наблюдалось первичное заживление ран с адекватным восстановлением функции уретры. Осложнений со стороны донорской зоны не отмечались.

Заключение. Трансплантат слизистой оболочки щёчной области показал себя эффективным при применении у больных со стриктурами, уретры с минимальным числом неблагоприятных исходов.

Зиёзда С.С., Ходжамуратов Г.М., Шаймонов А.Х., Раджабов М.Ф.

УКРЫТИЕ ДЕФЕКТА УРЕТРЫ ЛУЧЕВЫМ ЛОСКУТОМ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Актуальность. Дефекты уретры имеют как врождённый, так и приобретённый характер. Данная анатомическая область крайне неблагоприятна для заживления, так как в послеоперационном периоде подвергается неблагоприятному воздействию агрессивной кислотной среды мочи. Кроме того, ещё одной трудностью является проблема укрытия больших дефектов. Несвободный лучевой лоскут является одним из вариантов выбора в качестве источника донорских тканей, однако в последнее время несвободные лоскуты потеряли свою популярность, так как считаются неудобными для пациента, а также ввиду частых перегибов ножки лоскута. Однако при больших дефектах данный вид донорских тканей можно считать многообещающим при данной разновидности дефекта.

Цель исследования. Оценить эффективность укрытия дефектов уретры у лиц мужского пола посредством применения лучевого лоскута.

Материал и методы исследования. Материал исследования составили 9 больных с дефектами дистальных отделов уретры различной этиологии, обратившихся в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердеч-

но-сосудистой хирургии в период с 2009 по 2018 годы. Средний возраст больных составил $8,9 \pm 1,3$ года. Средняя протяжённость дефекта уретры составляла $5,4 \pm 0,7$ см. Все больные относились к лицам мужского пола. Среди этиологических факторов необходимо выделить в 5 случаях травматический, в четырёх случаях - врождённые пороки развития уретры. В пяти случаях больные имели хотя бы одно неудачное хирургическое вмешательство в анамнезе по поводу устранения дефекта уретры.

Всем больным проводился комплекс диагностических методик, включавший ультразвуковое исследование органов малого таза и мошонки, на предмет наличия сопутствующих аномалий развития, урофлуометрию до и после операции, антропометрические исследования дефекта уретры.

Результаты и их обсуждение. Учитывая большую протяжённость дефекта, а также наличие у большинства больных в анамнезе неудачного хирургического вмешательства на уретре, всем больным было решено применить оперативное вмешательство с укрытием дефекта тканями несвободного лучевого лоскута. В шести случаях в качестве донорских тканей выбиралась левая

верхняя конечность, в трёх – правая. Во всех случаях операция проводилась под общим эндотрахеальным обезболиванием. В ходе выполнения хирургических вмешательств интраоперационных осложнений не было. Операции в среднем длились от 60 до 110 минут.

В послеоперационном периоде в 7 случаях заживление шло без каких либо осложнений, с хорошим приживлением тканей. В трёх случаях возникли определённые неудобства, связанные с обширностью дефекта, в виде краевого некроза и перегиба ножки,

которые устранялись в ближайшие сроки устранением натяжения и перегиба сосудов. В отдалённые сроки после проведения операции (от полугода до пяти лет) у больных не отмечалось рецидивов, в двух случаях образованный свища устранен повторной операцией.

Заключение. Методика несвободного лучевого лоскута показала себя эффективной при применении у больных с обширными дефектами уретры, вне зависимости от этиологии его развития. Методика рекомендуется для пластики обширных дефектов уретры.

Зиябаев Ш.А., Сироджов К.Х., Холов Д.И., Эрматов Х.С., Исупов Ш.А.

ИСХОДЫ ИНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА КРУПНЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГКБ № 1 им. С. Урунова, г. Худжанд
ГМЦ №3, г. Душанбе

Цель исследования. Улучшение качества хирургического лечения переломов длинных костей конечностей.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты диагностики и лечения 56 пострадавших с переломами длинных костей конечностей за период 2012-2014 гг. Мужчин было 48 (85,7%), женщин - 8 (14,3%), средний возраст составил 37 лет.

Кроме лабораторно-инструментальной оценки состояния пострадавшего, для определения тяжести перелома и выбора фиксатора была взята в основу классификация переломов по АО/ASIF (1993).

С учетом поврежденного сегмента больных разделили следующим образом: переломы диафиза бедренной кости наблюдались у 24 (42,9%) пациентов; диафизарные переломы костей голени – у 29 (51,8%); переломы плечевой кости – у 3 (5,3%). Из них в 5 (8,9%) случаях имели место переломы открытого характера, сочетанные повреждения конечности отмечены у 9 (16,1%) пациентов. Тяжесть повреждений мягких тканей при открытых переломах оценена по классификации Gustily-Andersen (1976).

Оперативное лечение проводилось в отсроченном порядке, соответственно после приобретения и определения размера фиксатора. Во всех случаях из-за особенностей

применяемого фиксатора остеосинтез производился с расверливанием костномозгового канала. В предоперационном периоде больным накладывали скелетное вытяжение или гипсовые лонгеты.

Ведение больных в послеоперационном периоде проводилось по общепринятой методике: на конечность накладывали эластичный бинт с целью профилактики венозного застоя и тромбоза, активные и пассивные движения в суставах начинали со второго дня, ходьба с помощью костылей и умеренная нагрузка на оперированную конечность применялась с 3-го дня послеоперационного периода. В зависимости от типа перелома, возраста, соматического фона спустя 1,5-2 месяца после операции проводилась динамизация области перелома путём удаления дистального статического винта, после чего больным разрешалась полная нагрузка на оперированную конечность.

Результаты и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде у 2 (3,6%) больных с переломом костей голени развилось осложнение, которое купировано после дренирования ран и патогенетически назначенной терапии, посттравматическая венозная недостаточность отмечена у 3 (5,3%) пациентов, остеомиелитический процесс развился у одного больного, который был

ликвидирован после ревизии и удаления металла. Перелом дистального блокирующего винта (статический) отмечен в 2 (3,6%) случаях, причиной явилось долгое нахождение больных без динамизации.

Заключение. Мы считаем, что методом выбора при переломах крупных костей конечностей является интрамедуллярный блокирующий остеосинтез, который проводится малоинвазивным способом, обеспечивает

наиболее комфортное состояние для больных в послеоперационном периоде с ранним функциональным восстановлением функции близлежащих суставов, является надёжным и эффективным методом лечения. Эффективность метода подтверждается ранней мобилизацией больных и функциональной активности в послеоперационном периоде, а также сокращением сроков стационарного лечения.

Зиёбоев Ш.А., Сироджов К.Х., Тошматов Ш.Н., Аббосов С.Н.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГКБ № 1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения внутрисуставных переломов проксимального отдела большеберцовой кости с использованием современных имплантатов.

Материал и методы исследования. Ретроспективно изучены истории болезни, рентгенограммы в стандартных проекциях, компьютерные томограммы, ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения 30 пострадавших с внутрисуставными переломами проксимального отдела большеберцовой кости за 2010 - 2018 гг. Среди пострадавших мужчин было 20 (66,7%), женщин - 10 (33,3%). По возрастному аспекту: 21-40 лет составляли 20 (66,7 %), от 41 до 60 лет - 10 (33,3 %) пациентов. Преобладали пациенты молодого и наиболее трудоспособного возраста. Основными причинами переломов мыщелков большеберцовой кости у больных были: падение с высоты собственного роста - 18 (60%) пострадавших, дорожно-транспортный травматизм имел место у 12 (40%) пациентов. Показанием для оперативного лечения считали все переломы плато большеберцовой кости с нарушением конгруэнтности суставной поверхности. Тактика оперативного лечения зависела от типа перелома, возраста пациента и степени его активности, наличия сопутствующих заболеваний. При выборе типа фиксатора основывались на классификации переломов плато большеберцовой кости по АО/ASIF

(1993). Оперативное лечение проводилось после тщательного лабораторно-инструментального исследования пациента и спадания отёка, что соответствует 5-7-м суткам посттравматического периода. При переломах с импрессией суставной поверхности и дефектами субхондральной кости после репозиции отломков производили пластику возникшего дефекта с использованием аутотрансплантата (крылья подвздошных костей). У 21 (83,3%) пострадавшего использован накостный остеосинтез, из них в 4 (13,3%) случаях остеосинтез сочетался с костной пластикой. Остеосинтез с использованием компримирующего винта произведен в 9 (16,7 %) случаях, при оскольчатом характере перелома дополнительно использовали спицы. Фиксация с помощью винтов возможна при сохранении костной структуры. При выраженном остеопорозе для достижения стабильной фиксации использовали пластину с угловой стабильностью.

Результаты и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались осложнения местного характера в виде поверхностного нагноения ран у 2 (6,7%) больных, тромбофлебитические реакция конечности присутствовали в 3 (10%) случаях. В отдаленном периоде хорошие результаты получены у 11 (36,7%), удовлетворительные – у 19 (63,3%) пациентов.

Заключение. При наиболее сложных классификационных типах внутрисуставных

переломов проксимального отдела большеберцовой кости наиболее эффективным способом лечения является накостный остеосинтез пластиной с угловой стабильностью. Погруж-

ной остеосинтез винтами целесообразно использовать при достаточном размере костного отломка, который дает стабильную фиксацию и возможность раннего движения в суставах.

Зиябаев Ш.А., Сироджов К.Х., Дадабаев А.Д., Сироджода М.С.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГКБ № 1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения внутрисуставного перелома дистального отдела плечевой кости.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты диагностики и лечения 46 больных с переломами дистального отдела плечевой кости за период 2008-2018 гг. Мужчины составили 35 (76,1%) человек, женщины - 11 (23,9%). Средний возраст больных составлял 32 года. По механизму получения травмы больных разделили: падения с высоты – 26 (56,5%), дорожно-транспортные травмы – 3 (6,5%), спортивные травмы - 8 (17,4%), уличная травма – 9 (19,6%) случаев.

Тактика лечения ПДКПК сводилась к следующему: при поступлении больным после визуального осмотра и проведения рентгенографии под местной анестезией производилась исправление деформации с наложением задней гипсовой лонгеты. Гипсовую иммобилизацию накладывали для создания покоя конечности, назначали нестероидные анальгетики и возвышенное положение конечности. В показанных случаях накладывали скелетное вытяжение с области локтевого отростка. Далее, учитывая возраст, профессию, давность травмы, характер травмирующего фактора, тяжесть повреждения мягких тканей индивидуально выработали тактику и сроки оперативного лечения перелома. Предоперационная подготовка больных, как правило, начиналась с момента поступления в стационар. Для определения тяжести перелома и выборе фиксатора основывались на классификации переломов плато большеберцовой кости по АО/ASIF (1993). Использовали задний срединный доступ к локтевому суставу с остеотомией локтевого отростка в виде “ласточкиного хвоста” и мо-

билизацией локтевого нерва в положении больного на боку, анестезия регионарная или общая. Во время операции производили ревизию сустава, удаляли мелкие, свободно лежащие костные фрагменты, эвакуировали гематому. Для предварительной фиксации переломов ПДОПК нами использовались спицы Киршнера, кортикальные винты Ø3,5 мм и реконструктивные пластины АО. Остеотомированный локтевой отросток фиксировали спицами и серкляжом по методике Вебера. Гипсовую иммобилизацию в послеоперационном периоде не накладывали. Немаловажную роль в восстановлении функции локтевого сустава играла комплексная терапия в послеоперационном периоде. После прекращения дренирования локтевого сустава, которое продолжалось 24 часа, больным рекомендовали начинать активные и пассивные движения в локтевом, плечевом и лучезапястном суставах. Для профилактики венозного застоя конечности в послеоперационном периоде использовали эластичные бинты, назначались нестероидные противовоспалительные препараты с целью профилактики развития оссификата и улучшения реологии.

Результаты и их обсуждение. Сроки наблюдения пациентов составляли от 6 месяцев до 1 года. Обычно к этому времени перелом полностью срастается, больные восстанавливают свою трудоспособность. Результаты были изучены у всех оперированных больных и разделены нами на три группы: хорошие результаты, когда амплитуда движений в локтевом суставе >100°, боль и неврологическая симптоматика отсутствуют; удовлетворительные - амплитуда движений 70°-99°, боль при нагрузке, преходящие парестезии; неудовлетворительные – амплитуда движений

<70°, боль при движениях в локтевом суставе, стойкая неврологическая симптоматика.

Хорошие результаты получены у 78,5% больных, удовлетворительные - у 13,7%, неудовлетворительные - у 7,8% больных.

Наблюдались осложнения в виде реакции организма на металл в одном случае, которая купирована после удаления металлоконструкции спустя 4 месяца с момента остеосинтеза, в 2 (4,3%) случаях имело место образование оссификата, что привело к развитию контрактуры локтевого сустава. Причиной образования оссификата мы считаем

тяжесть повреждений и дополнительную интраоперационную травму.

Заключение. Переломы ДОПК относятся к тяжелым травмам локтевого сустава и нуждаются в точной анатомической репозиции и стабильной фиксации с использованием пластиной угловой стабильности в ранние сроки посттравматического периода. Данная тактика обеспечивает возможность ранней разработки движений в оперированной конечности с целью раннего восстановления функции и полноценной реабилитации пострадавшего.

¹Зугуров А.Х., ^{1,2}Султанов Д.Д., ²Косимов Ю.М., ²Камолов А.Н.

ИСХОДЫ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Изучить частоту развития различных видов осложнений у больных с острой артериальной непроходимостью верхних конечностей.

Материалы и методы исследования. В основу данной работы положен опыт хирургического лечения 170 больных с острой артериальной непроходимостью верхних конечностей (ОАНВК). Больные поступали в экстренном порядке в отделение сосудистой хирургии в период с 2004 по 2018 годы. Женщин было 98, мужчин - 72. Возраст больных колебался от 6 лет до 81 года, 65% из них были старше 50 лет. У большинства больных (158) ишемия конечностей была тяжелой и достигала II-III степени по классификации Савельева (1973). У 62 больных отмечалась ОАН правой верхней конечности, у 108 - левой. Причиной развития острой ишемии у 102 (60%) явились эмболии, у 68 (40%) – острый тромбоз. Больные поступали в сроки от 2 часов до одного месяца от момента начала заболевания. Однако большинства больных (57%) поступили в сроки позднее 12 часов с момента начала заболевания. Свыше 90% имели сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (104), атеросклероз (17), сахарный диабет (22), ожирение (14), ишемическая болезнь сердца (35), кардиосклероз (15), анемия тяжелой степени (23), клапанные пороки сердца (7), ревматизм (3).

Всем больным проводили комплекс исследований, включавший эхокардиографию, дуплексное сканирование, сдачу общего анализа крови, исследование свёртывающей системы крови.

Результаты и их обсуждение. При тромбозах больные во всех случаях после кратковременной подготовки и стабилизации общего состояния были оперированы. При ишемиях, вызванных тромбозом, вопрос лечебной тактики и выбора метода операции решался в каждом случае индивидуально. Характер оперативных вмешательств зависел от этиологического фактора.

Так, при эмболиях магистральных артерий выполнена стандартная эмболэктомия. В 8 наблюдениях в связи со значительной давности ишемии эмболэктомия дополнена декомпрессионной фасциотомией мышц предплечья.

При тромбозах, которые возникали, главным образом, на почве атеросклероза сосудов или диабетической ангиопатии, тромбэктомия выполнена с одним из вариантов реконструктивных операций: эндартерэктомия (5), пластика сосудов аутовенозной заплатой (4), аутовенозное шунтирование (8). В 3 наблюдениях вслед за восстановлением сосуда производили экзартикуляцию некротизированных пальцев. У 16 больных из-за полной облитерации сосу-

дов дистального русла восстановить кровоток не удалось. Им выполнена шейно-грудная симпатэктомиа (5) или первичная ампутация конечности (11). Летальный исход наблюдался в 3 случаях (1,8%); от массивной тромбоэмболии артерий головного мозга (2) и тромбоза мезентериальных артерий с развитием перитонита (1).

В послеоперационном периоде ретромбоз наблюдался в 33 (19,4%) случаях, из которых у 12 больных из-за развития гангрены конечности выполнена ампутация. Некроз ампутированной культи возник у двух больных, им выполнена реампутация. У 3 больных развился флеботромбоз ампутированной культи, который был устранен консервативным путём. Кровотечение с развитием гематомы имело место в 3, лимфорея - в 4 случаях.

Среди осложнений общего характера встречались: инфаркт миокарда – у 3, инсульт – у 9,

гипертонический криз – у 2 пациентов, острая почечная недостаточность и тромбоз мезентериальных артерий с развитием перитонита - по одному случаю. Консервативная терапия проведена 39 (23%) больным с поражениями артериальных дистальных сегментов, среди них положительный эффект отмечен у 31 больного.

Заключение. Частота развития осложнений при острой артериальной непроходимости остаётся высокой из-за позднего обращения больных, несвоевременной диагностики, а также быстрого течения заболевания и усугубления сопутствующей патологии. Для предотвращения ретромбоза восстановленного сосуда необходимо проведение комплексного консервативного лечения нарушенных параметров гомеостаза и сопутствующих заболеваний.

^{1,2}Иброхимов Ю.Х., ¹Кахорова Р.А., ²Иброхимова Ё.Ю., ²Сироджов Д.Н.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ЖЕНЩИН

¹Кафедра колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Оценить результаты хирургической коррекции недостаточности анального сфинктера различного происхождения у женщин.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 64 пациенток, страдавших недержанием анального жома II-III степени, в возрасте от 18 до 66 лет, которые получили хирургическое лечение в ГУ «Хозрасчетный центр колопроктологии» г. Душанбе за период с 2010 по 2018 гг. Средний возраст пациенток составил $35,5 \pm 2,5$ лет. Основной причиной анальной недостаточности у 41 (64,1%) больной явились послеродовые травмы, у 18 (28,1%) - операции на дистальном отделе прямой кишки и промежности. У 5 (7,8%) пациенток недостаточность развилась после травматического повреждения прямой кишки и промежности. Во избежание непроизвольного акта дефекации в 78% случаев больные вызывали у себя запоры. Опорожнение кишечника в последующем

осуществляли слабительными средствами или очистительными клизмами.

Всем больным в предоперационном периоде было проведено комплексное обследование: клинико-лабораторные методы, пальцевое исследование, аноскопия, сфинктерометрия, колоноскопия и ТРУЗИ. Несмотря на то, что при повреждении наружного анального жома во время родов немедленно восстанавливается целостность сфинктера, немало встречается и функциональных нарушений запирающего аппарата. По нашим наблюдениям, у более 50% женщин после данного вмешательства формируется стойкое нарушение функции сфинктера, которое подтверждается при помощи ТРУЗИ.

Результаты и их обсуждение. Тяжелые повреждения мышц тазового дна такие, как послеродовые разрывы промежности III степени, а также возникшие вследствие проводимых оперативных вмешательств по поводу проктологических патологий или посттравматического генеза, обычно приводят к стой-

кому недержанию анального жома. С целью коррекции анальной инконтиненции нами проводилась у 27 (42,2%) больных сфинктеролеваторопластика, у 19 (29,7%) - сфинктеропластика, операция сфинктеролеваторопластики в сочетании с ликвидацией ректоцеле - у 18 (28,1%) пациенток. У 3 (4,7%) пациенток при выраженной рубцовой деформации промежности сфинктеролеваторопластика сочеталась с кожной пластикой промежности. Хирургическое вмешательство у 53 (82,8%) пациенток проводилось под спинномозговой анестезией (СМА), у 11 (17,2%) больным СМА сочеталась с внутривенным наркозом.

С целью профилактики развития трофических нарушений наружного анального сфинктера, а также для адаптации ее к функции нами применена электростимуляция данной мышцы, начиная с десятого дня по-

сле операции в течение 6 месяцев. Больным были назначены строгий постельный режим, безшлаковая диета, антибиотики широкого действия, инфузионная терапия, анальгетики. В раннем послеоперационном периоде у 3 (4,7%) пациенток наблюдалось нагноение раны. У 2 из них отмечался рецидив недостаточности анального жома, что составляет 3,1% случаев. У остальных пациенток получены удовлетворительные функциональные результаты, которые подтверждались ультрасонографией и сфинктерометрией.

Заключение. В ранние сроки после полученной родовой травмы целесообразно выполнение хирургической коррекции в объеме сфинктеропластики, а пожилым больным и в более поздние сроки - операция сфинктеролеваторопластики с ликвидацией ректоцеле.

^{1,2}Иброхимов Ю.Х., ¹Кахорова Р.А., ²Иброхимова Ё.Ю., ²Сироджов Д.Н.

ЛЕЧЕНИЕ ФЛЕГМОНЫ ФУРНЬЕ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ НА ФОНЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

¹Кафедра колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Оценить результаты лечения флегмоны Фурнье, развивающейся на фоне острого парапроктита.

Материал и методы исследований. Под нашим наблюдением в Хозрасчетном центре колопроктологии города Душанбе в период с 2010 по 2018 годы наблюдалось 5 больных, у которых флегмона Фурнье развилась вследствие острого неклостридиального анаэробного парапроктита. Все больные были в возрасте от 45 до 70 лет (в среднем 53,5 лет). Характер инфекции подтверждался результатами бактериологического исследования. Из анамнеза давность заболевания составила 2-3 дня, причем процесс быстро распространялся из параректальной области до мошонки и далее. У 3-х пациентов из сопутствующих заболеваний диагностирован сахарный диабет, у одного патология сердечно-сосудистой системы, у одного сопутствующей патологии не выявлено. Все пациенты в стационар поступили в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с суммой баллов 13 и более по шкале SAPS. У них были выражены

симптомы интоксикации, с зонами некроза и скоплением газа в пораженных участках, а также выделение гноя из ран со зловонным неприятным запахом.

Результаты и их обсуждение. Все больные прооперированы под наркозом через два часа после госпитализации. Ежедневно перевязки выполнялись под внутривенным наркозом. После широких лампасных разрезов проводили тщательную ревизию раны, чтобы определить объем пораженных мягких тканей и выявить возможные гнойные полости и затеки. При этом дополнительными разрезами вскрывали затеки на нижней конечности, области промежности, ягодицах и передней брюшной стенке. Затем производили некрэктомию, суть которой заключалась в тщательном удалении всех нежизнеспособных тканей. Санацию раны выполняли 3% раствором перекиси водорода и 0,2% раствором перманганата калия. Раны между собой дренировали резиновыми дренажами и салфетками, пропитанными бензойной мазью, которая имеет некролитическое свойство. После при-

нения ванны раствором перманганата калия выполняли санацию раны, а 80% пациентам при распространении анаэробного процесса неоднократно потребовались повторные хирургические вмешательства.

Больные получили: антибактериальную, инфузионно-трансфузионную, общеукрепляющую, симптоматическую терапию, противогангренозную сыворотку и гипербарическую оксигенацию. В раннем послеоперационном периоде скончался один пациент на фоне распространения анаэробного процесса в забрюшинном пространстве. Наложение вторичных кожных

швов или выполнение местной пластики дефектов кожи мошонки и бедра выполнено 2 пациентам.

Заключение. Таким образом, применение хирургической тактики лечения флегмоны Фурнье, развившейся на фоне острого неклостридиального анаэробного парапроктита, должно носить опережающий характер с максимально полным иссечением некрозов до здоровых тканей в ранние сроки заболевания и аэрации раны, а также с применением антибиотиков широкого спектра действия, что позволяет улучшить результаты лечения пациентов с данной патологией.

^{1,2}Иброхимов Ю.Х., ¹Кахорова Р.А., ²Иброхимова Ё.Ю., ²Сироджов Д.Н.

ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ГЕМОРРОЕМ

¹Кафедра колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Улучшить результаты лечения прямокишечных свищей в сочетании с геморроем.

Материал и методы исследования. Располагаем опытом обследования и лечения 87 пациентов со свищами прямой кишки в сочетании с геморроем, которые проходили стационарное лечение в ГУ «Хозрасчетный центр колопроктологии» г. Душанбе в период с 2013 по 2018 годы. Из них мужчин было 62 (71,3%), женщин - 25 (28,7%). Возраст пациентов колебался от 17 до 73 лет, в среднем 44,6 лет. Следует отметить, что 66 (75,9%) больных были в трудоспособном возрасте. У 30 (34,5%) пациентов образование свища произошло после самопроизвольного вскрытия острого парапроктита. Из общего количества исследуемых больных у 41 (47,1%) был выявлен интрасфинктерный свищ, у 25 (28,7%) – трансфинктерный, у 12 (13,8%) - экстрасфинктерный свищ, у 9 (10,3%) имелся неполный внутренний свищ.

Пациентам было проведено комплексное обследование: клинико-лабораторные методы, исследование ПОЛ, фистулография, ректороманоскопия, сфинктерометрия, колоноскопия и эндоректальная ультрасонография.

Результаты и их обсуждение. У 63 больных оперативное вмешательство было

проведено под спинномозговой анестезией (растворами бупивакаина или маркаина), у 20 больных - под эпидурально-сакральной анестезией, у 4 больных - под внутривенным наркозом. Во всех случаях до начала операции больным проводилась профилактика антибиотиком однократным внутривенным введением цефтриаксона (1,0 г). В зависимости от вида и сложности свищевого хода определялся и способ хирургического вмешательства. После маркировки свища красителем у пациентов основной группы с интрасфинктерным расположением свищевого хода производили операцию Габриэля, при трансфинктерном – выполняли операцию Габриэля и иссечение свища с частичным ушиванием дна раны рассасывающим шовным материалом, при экстрасфинктерных свищах I-III степени – иссечение свища с пластическим укрытием внутреннего свищевого отверстия полнослойным сегментом слизистой оболочки с применением двухкомпонентного фибринного клея. При экстрасфинктерных свищах IV степени применялась методика иссечения свищевого хода с проведением капроновой лигатуры через внутреннее отверстие. После иссечения свища 69 (83,1%) пациентам производили геморроидэктомию по методу Миллигана-Моргана во второй модифика-

ции ГНЦ колопроктологии РФ, 12 (14,5%) пациентам - операцию Мартинова, 4 (4,8%) пациентам - операцию Паркса и 2 (2,4%) пациентам - операцию Уайтхеда.

В раннем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: рефлексорная задержка мочи - у 10 (11,5%) больных, нагноение послеоперационной раны - у 1 (1,2%) пациента, кровотечение из раны - в 2 случаях, при котором одному больному потребовалось повторное хирургическое вмешательство. Среднее количество койко-дней составило 8, тогда как у проктологических пациентов с одной

патологией - 7 койко-дней. При изучении отдаленных результатов в срок до 5 лет у 3 (3,5%) пациентов наблюдался рецидив заболевания.

Заключение. Таким образом, при тщательном отборе пациентов, комплекс предоперационной подготовки, адекватный выбор метода обезболивания и одномоментных проктологических операций, а также правильное ведение послеоперационного периода положительно влияют на результаты хирургического лечения при сочетанных проктологических заболеваниях.

Икромов М.К., Назирмадова М.Б., Абдухалилов А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТНОЙ ПОТОЛОГИИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

ГУ «Национальный медицинский центр Шифобахш»

Цель исследования. Изучить и оценить эффективность проведенных симультанных операций у больных с заболеваниями носа, структур носовой полости и околоносовых пазух.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в течение последних пяти лет с период 2014 по 2018гг. находились 208 больных, которые были госпитализированы в ЛОР-отделение с ринологическими заболеваниями (в частности с хроническими заболеваниями носа, внутриносовых структур и околоносовых пазух). Все пациенты были в возрасте от 34 до 68 лет. Среди них женщин было 103 (49,5%), мужчин - 105 (50,5%). Средний возраст составил 51 год.

После всестороннего обследования и выставления диагноза из общего числа больных у 45 были диагностированы деформация наружного носа и грубое искривление носовой перегородки с нарушением носового дыхания, причиной которого была травма наружного носа. Этой группе пациентов было одномоментно последовательно проведена риносептопластика. 41 проведена септопластика+вазотомия, а 8 пациентам - септопластика + аденотомия, 21 больному проведена септопластика + конхотомия и 20 больным - риносептопластика+ вазотомия.

При сочетании синуситов 28 пациентам были проведены одномоментная полипоэктомиотомия + конхотомия; этмоидотомия+ гаморотомия + иссечение синехии проведены 26 больным, гемисинусотомия + септопластика - 9 пациентам и 10 больным - гайморэктомиотомия + канхотомия средней носовой раковины.

Результаты и их обсуждение. Как видно из представленных данных, наиболее часто одномоментные операции проводились на перегородке носа и наружном носе, а также на носовых раковинах. Другим распространенным сочетанием были вмешательства на перегородке носа, носовых раковинах и околоносовых пазухах.

Мы являемся сторонниками проведения риносептопластики при наличии искривления перегородки носа и деформации наружного носа. Септопластика часто дополнялась подслизистой вазотомией, иногда ультразвуковой дезинтеграцией, а в некоторых случаях, при наличии гиперплазии заднего конца нижней носовой раковины, её резекцией.

Как показало наше исследование, при выполнении 208 симультанных операций, каждая из которых состояла из двух, трех операций, осложнений мы не наблюдали, лишь в 3 случаях отмечался рецидив заболевания в виде обострения синуситов с об-

разованием полипов, что составило 1,4% от общего количества наблюдаемых больных.

Необходимо также отметить экономический эффект при проведении одномоментной хирургической коррекции, по сравнению с проведением отдельных операций: койко-день сокращается в 2 раза и более, уменьшаются расходы на обследование, расходы на пред- и послеоперационную терапию, на анестезиологические препараты. Следует отметить, что при проведении симультанных хирургических операций нам удалось достигнуть положительного результата, что свидетельствует об их целесообразности и перспективности.

Заключение. Симультанная операция особенно необходима, если между двумя хирургическими заболеваниями имеется патогенетическая связь. Продолжительность хирургического вмешательства при проведении симультанных операций увеличивается незначительно, а экономическая эффективность не вызывает сомнений. Одномоментное хирургическое вмешательство при сочетанных заболеваниях полости носа, внутриносовых структур и околоносовых пазух даёт возможность в полном объёме устранить имеющуюся патологию и максимально уменьшить риск развития рецидива заболевания.

Икромова Г.Дж., Султонова А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛАСТОПОЗИЦИОНЕРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Кафедра ортопедической и терапевтической стоматологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Анализ вариантов использования эластопозиционеров при сочетанном методе лечения пациентов с зубочелюстнолицевыми аномалиями.

Материал и методы исследования. Проведены клинико-диагностический, аналитический методы. Материал исследования – изучение фотографий и медицинских карт 26 пациентов (подростки и взрослые), обратившихся за ортодонтической помощью в клинику «ИГНЭС» и Центр Здоровья №4 г. Худжанд. При лечении данных пациентов использовался сочетанный метод – эластопозиционеры совместно с брекет-системой. Эластопозиционеры назначались при функциональных нарушениях (инфантильное глотание, ротовое дыхание, нарушения смыкания губ и жевания, признаки дисфункции ВНЧС) и в сложных клинических ситуациях (тяжелые формы ЗЧА, первичная адентия боковых резцов, вторичные деформации зубных рядов, патологическая стираемость, подготовка к протезированию).

Результаты и их обсуждение. Для сочетанного метода лечения (совместно с брекет-системой) использовались трейнер Т4В, LM-трейнер для брекетов, термомоделиру-

емые позиционеры MAP и IOA, аппараты TMD, StressGuard. Режим использования эластопозиционеров при сочетанном методе лечения отличался вариабельностью – до лечения, на этапах, по завершению лечения несъемной техникой, продолжительность ношения зависела от клинической необходимости и возможностей пациента. У лиц подросткового возраста терапия проходила в более короткие сроки, чаще удавалось достичь эстетического, морфологического и функционального оптимума. Взрослые пациенты имели большую мотивацию к ношению эластопозиционеров, в связи с необходимостью протезирования и устранения дискомфортных ощущений в жевательных мышцах и ВНЧС.

Заключение. Эластичные миофункциональные аппараты (Т4В, LM-Трейнер для брекетов, Корректор), StressGuard, термомоделируемые позиционеры MAP и IOA, аппараты TMD и Vixhogard могут быть использованы совместно с брекет-системой, что позволяет уменьшить вероятность возникновения рецидива, обеспечить комплексность терапии и повысить ее результативность. Целесообразно применение эластопозиционеров в сложных клинических ситуациях.

Исмоилов Ф.Н., Юсупова З.Х., Шамсидинов А.Т., Мухидинов А.Д.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК НА ФРОНТАЛЬНЫХ И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБАХ И ИХ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценка клинических результатов лечения цельнокерамическими коронками.

Материал и методы исследования. В продолжающемся исследовании оценивались 105 коронок (50 на фронтальных и 55 на жевательных зубах), прослуживших не менее 6 и не более 60 месяцев. Индивидуальные коронки оценены по критериям качества проксимальных контактов, окклюзионных контактов, соответствия цвета, контуров и краевого прилегания. Окклюзионную проверку проводили в период после цементирования. Пациенты были повторно обследованы через месяц после цементирования и с интервалами в 3 или 6 месяцев во время всего периода наблюдения. Осмотр заключался в анализе рентгенологических снимков и обследовании при помощи стоматологического зеркала и острого зонда.

Результаты и их обсуждение. Коэффициент благоприятного исхода работы определялся при помощи коэффициента Kaplan-Meier. Вычисленный коэффициент благоприятного исхода работы был 96,7% (100% для коронок на передних зубах и 95,15% для коронок жевательных). Коронки обладают низким уровнем неудачных исходов, равным примерно 3,7% по истечении 5 лет. Исследуя, наблюдали 100% вероятность благоприятного исхода для всех 50 коронок на фронтальных зубах по истечении 5 лет. Наблюдалась 95,15%-ная вероятность благоприятного исхода для 55 коронок на жевательных зубах по истечении 5 лет. Не возникало дефектов на коронках, зафиксированных на премолярах, они локализовались только в области моляров. У двух из четырех

несостоятельных коронок (моляры) перелом затрагивал как облицовочную керамику, так и каркас коронки. На оставшихся двух коронках наблюдался скол облицовочной керамики.

Все несостоятельные реставрации касались протезирования моляров. Тип отлома, по сравнению с ранними цельнокерамическими системами, которые обычно ломаются поперечно, является благоприятным. В действительности, благодаря более прочной основе, у половины несостоятельных коронок (на двух из четырех) наблюдался только скол облицовочной керамики, что схоже с металлокерамическими (МК) реставрациями. Такой тип дефектов позволяет врачу заменять только те коронки, которые отрицательно влияют на эстетическую и функциональную сторону реставрации. В случае небольшого скола облицовочной керамики, врач может выбрать методику шлифовки и полировки реставрации, как обычно делается на практике в случае с металлокерамическими конструкциями.

Заключение. Данное исследование показало удовлетворительный клинический результат лечения. В области фронтальных зубов не было отломов, неудачных исходов при фиксации в области премоляров также не зафиксировано. Следуя методу оценки Kaplan-Meier, вероятность благоприятного исхода для 105 исследованных коронок по окончании 5 лет достигала 96,7%. Коронки обладают низким уровнем неудачных исходов, равным примерно 3,7% по истечении 5 лет.

Для того, чтобы оценить долгосрочные клинические результаты цельнокерамических коронок, необходимы дальнейшие наблюдения.

Касьян А.Р., Сатаев В.У., Алянгин В.Г.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЩЕГО НОГТЯ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Россия

Актуальность. В отечественной и зарубежной литературе имеется много противоречивой информации по поводу тактики лечения вросшего ногтя. Много авторов пишут о низкой эффективности консервативной терапии при вросшем ногте, другие, наоборот, утверждают об опыте успешного лечения запущенных случаев вросшего ногтя консервативными методами.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения вросшего ногтя у детей.

Материал и методы исследования. В период с августа 2017 по август 2019 года было пролечено 142 пациента в условиях детского хирургического отделения Лениногорской ЦРБ Республики Татарстан. 113 пациентов перенесли хирургическое лечение и 29 пациентов - консервативное. Основными хирургическими способами лечения вросшего ногтя являлись: краевая резекция ногтевой пластинки по Винограду в классическом виде – 52 пациента, операция Винограда, дополненная лазерной деструкцией зоны роста удаляемой части ногтевой пластинки, - 54 пациента, операция иссечения бокового ногтевого валика по Ванденбоссу - 7 пациентов. Консервативное лечение производилось путем изоляции вросшей части ногтевой пластинки от бокового ногтевого валика ватной турундой, фиксированной цианокрилатным клеем, - 29 пациентов.

Результаты и их обсуждение. Основными показателями успешного лечения вросшего ногтя являются: хороший косметический эффект и отсутствие рецидивов. Все выше перечисленные методы лечения приводят к хорошему косметическому результату.

Среди 52 пациентов, прооперированных в клинике по методике Винограда, было 3 случая рецидива – 5,8%. У 54 пациентов, которым операция Винограда была дополнена лазерной деструкцией зоны роста удаляемой части ногтевой пластинки, возник 1 рецидив – 1,9%. Хороший косметический эффект при выполнении операции Винограда достигается, если резецируется только вросшая часть ногтевой пластинки. Необходимо не допускать избыточной резекции ногтя, так как сужение ногтевой пластинки снижает его опорную функцию и ухудшает косметический результат. Время выздоровления обычно составляет 10-20 дней.

У пациентов, которым выполнена операция Ванденбосса, – 7 человек – рецидивов не

было. Косметический эффект - отличный, несмотря на большой объем операции и долгий период заживления послеоперационной раны, в среднем 30-40 дней. Хороший косметический результат достигается за счет формирования новых, не нависающих над ногтем боковых валиков.

Консервативным способом - изоляцией вросшей части ногтевой пластинки от бокового ногтевого валика ватной турундой, фиксированной цианокрилатным клеем, пролечено 29 пациентов. После данного вида лечения возникло 3 рецидива болезни - 10,3%, эти пациенты впоследствии были прооперированы. Косметический результат отличный. Время выздоровления 10-20 дней.

Заключение. При выборе тактики лечения вросшего ногтя необходимо учитывать клиническую картину, анатомические особенности строения пальца, преимущества и недостатки каждого из приведенных способов лечения. При впервые возникшем вросшем ногте и отсутствии выраженного воспаления, по мнению авторов, лучше использовать консервативное лечение, хотя в некоторых случаях оно может использоваться и при наличии гнойного отделяемого. Еще одним преимуществом данного способа лечения является возможность пациентов продолжать активную трудовую или учебную деятельность, при необходимости выполнять повторные фиксации ватной турунды самостоятельно. Хирургические способы лечения предпочтительнее при выраженном воспалении в месте врастания ногтевой пластинки (разрастание грануляционной ткани, обильное гнойное отделяемое, боль). При этом, если боковые ногтевые валики не нависают над ногтем, то можно с успехом применить краевую резекцию ногтевой пластинки по Винограду. При гипертрофии боковых ногтевых валиков и их нависании над ногтевой пластинкой предпочтительнее выполнить оперативное вмешательство, направленное на иссечение боковых валиков (операция Ванденбосса). Несмотря на травматичность данного оперативного вмешательства и довольно длительный период заживления послеоперационной раны, результат лечения оправдывает эти минусы. Вновь сформированные боковые валики имеют меньший размер, не наползают на ногтевую пластинку, что приводит к отличному косметическому результату и низкому уровню рецидива болезни.

Кобилбеков Б.И., Гаибов А.Д., Юнусов Х.А., Курбонов Н.Р.

К ВОПРОСУ О ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ

Республиканский центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Разработать оптимальную методику предоперационной подготовки больных с неспецифическим аортоартериитом (НАА).

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на результатах предоперационной подготовки 30 больных с поражением ветвей дуги аорты на почве НАА. Из числа больных женщин было 28 (93%), мужчин - 2 (7%). Возрастная категория колебалась от 29 до 56 лет (средний возраст 27 лет).

За 10-12 недель до операции 23 (72%) больным проводилась консервативная терапия, направленная на подавление активности воспалительного процесса. С целью уменьшения активности воспалительного процесса, который устанавливали на основании данных анамнеза, лабораторных и инструментальных методов исследования, проводилась противовоспалительная, иммунокорректирующая, гемостимулирующая, антикоагулянтная, витаминная и десенсибилизирующая терапия.

Противовоспалительная терапия начиналась с приема преднизолона - 40 мг/сут., суммарная доза - 600 мг или метипреда - 16 мг/сут. в течение 14 дней. В случае отсутствия эффекта от гормональной терапии больным была проведена пульс-терапия циклофосфаном по 1000 мг + 6-метилпреднизолоном по 1000 мг в/в на 150 мл физиологического раствора в первые сутки. На 2-е и 3-е сутки вводили 6-метилпреднизолон - 1000 мг в/в по методике А.В. Покровского (1990). При неэффективности первого курса пульс-терапии проводили второй и третий курсы с интервалом в 7 дней. После проведенной противовоспалительной терапии в качестве длительной поддерживающей терапии применялись цитостатики. Метотрексат в дозе 0,15-0,35 мг/кг массы тела являлся препаратом выбора. Стартовая доза метотрексата - по 15 мг в неделю. В дальнейшем доза метотрексата снижалась на 2,5 мг каждые 2 недели.

При иммунокорректирующей терапии больным с НАА назначались Т-активин и тималин. Экстракорпоральная детоксикация проводилась с применением плазмафереза.

Степень активности процесса, а также динамику его в ходе лечения определяли лабораторными исследованиями: уровень лейкоцитов, снижение СОЭ и С-РБ.

Результаты и их обсуждение. Стихание активности воспалительного процесса наблюдалось через 2-3 месяца после лечения, подтвержденное клиническими, лабораторными и инструментальными показателями. К клиническим критериям готовности пациентов к операции относились отсутствие кожных высыпаний, лихорадки и болей по ходу сосудов. К лабораторным показателям подавления воспалительного процесса относились снижение СОЭ, С-РБ и уровня лейкоцитов на фоне терапии. Ультразвуковыми критериями эффективности проведенной предоперационной подготовки больных считали уменьшение участков с гипо- и изоэхогенными свойствами и уменьшение толщины комплекса интима-медиа.

В 7 (23%) случаях у больных с НАА воспалительный процесс находился в стадии ремиссии и они были готовы к проведению оперативного вмешательства. Все пациенты с воспалительным поражением сосудов были оперированы в плановом порядке.

Заключение. На основании накопленных данных для предоперационной подготовки больных оптимальным считаем проведение противовоспалительной терапии с дальнейшим назначением цитостатиков в качестве длительной поддерживающей терапии. Подавление активности воспалительного процесса наблюдается к 10-12 неделям на фоне консервативной терапии. Критериями подавления активности воспалительного процесса считается стихание клинических, лабораторных и инструментальных признаков болезни.

Кобилбеков Б.И., Гаибов А.Д., Юнусов Х.А., Курбонов Н.Р.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ МЕТОДОМ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ

Республиканский центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Определить возможности ультразвукового дуплексного сканирования в диагностике и контроле эффективности лечения поражений брахиоцефальных сосудов при аортоартериите.

Материал и методы исследований. Изучены результаты диагностики 30 пациентов с преимущественным поражением ветвей дуги аорты на почве НАА (I тип), находящихся в отделении сосудистой хирургии РНЦССХ в период 2004-2019 годы. Женщин было 28 (94%), мужчин - 2 (6%). Средний возраст пациентов составил 24,4 года.

Все пациенты на фоне консервативной терапии прошли дуплексное сканирование ветвей дуги аорты с оценкой толщины комплекса интима-медиа в каротидном бассейне методом ультразвукового исследования высокого разрешения. Пациентам было проведено клиничко-неврологические обследования с оценкой активности воспалительного процесса. При дуплексном сканировании оценивали косвенные признаки активности воспалительного процесса, состояние комплекса интима-медиа, наличие изгибов, деформаций артерий, линейную скорость кровотока, выраженность систолического шума и изменение эхогенности стенки артерий. Критериями поражения ветвей дуги аорты аортоартериитом при дуплексном сканировании было проксимальное поражение артерий, однородное окружное утолщение комплекса "интима-медиа" - маркера активности процесса, нарушение дифференциации стенки сосуда на слои, наличие симптома "макарон", симптома "песочных часов" и увеличение участков с гипо- и изоэхогенными свойствами.

Результаты и их обсуждение. Всем 30 пациентам было проведено комплексное дуплексное сканирование. Более 80 % пациентов поступали с неуточненным сосудистым диагнозом, которым с помощью УЗДС была установлена степень поражения сосудов и ее распространенность. Выявленные при дуплексном сканировании сосудистые

изменения в последующем в большинстве случаев были подтверждены ангиографией, которая до сих пор является "золотым стандартом" при диагностике НАА. В последующем контрольные УЗИ сосудов проводились повторно с целью мониторинга динамики в процессе лечения и в разные периоды после операции.

Поражения ветвей дуги аорты характеризовались утолщением их стенок со стенозированием просвета сосудов до 50-70% по диаметру и с изменением спектральных характеристик кровотока в артериях.

Однородное окружное утолщение интима-медиа чаще всего наблюдалось в стенотических общих сонных артериях. При последовательном дуплексном исследовании 2 из 6 пациентов имели прогрессирующий сосудистый стеноз с концентрическим утолщением. При УЗДС сосудов в 8 случаях выявили признаки изменений стенок ветвей дуги аорты, характерных для НАА, без гемодинамически значимых изменений кровотока на момент очного осмотра, что было расценено как медленное прогрессирование заболевания. В 6 случаях был выявлен симптом "песочных часов" и в 5 случаев - "макаронный знак", видимый при НАА на УЗИ, который представляет собой гладкое, однородное и умеренно эхогенное окружное утолщение артериальной стенки. Этот признак очень специфичен для НАА, чаще встречается в общей сонной артерии.

Методом дуплексного сканирования в 23 случаях наблюдали уменьшение толщины сосудов на фоне консервативной терапии кортикостероидами. В 7 случаях, несмотря на стихание клинических симптомов заболевания, при дуплексном сканировании толщина пораженных артерий оставались неизменной в период до 3 месяцев.

После консервативной терапии всем пациентам проводился мониторинг с контрольным УЗДС для контроля за эффективностью консервативной терапии и выявления новых участков поражения. Средняя продолжи-

тельность наблюдения больных составила 10 лет.

Заключение. УЗДС, как неинвазивный метод, является эффективным методом диагностики, контроля эффективности проведенного лечения и качества операции при НАА. Для диагностики НАА, контроля эффективности лечения на фоне консерва-

тивного лечения с последующим определением выбора метода оперативного вмешательства все пациенты с НАА в должны проходить комплексное и контрольные УЗДС обследования, которые являются инструментом первичной диагностики и скрининга НАА среди пациентов молодого возраста.

Косимов З.К., Иззотов А.Х., Аюпова Ф.А., Хамидов Д.Б.

СИСТЕМНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение состояния системной воспалительной реакции у больных с острым перитонитом.

Материал и методы исследования. Обследовано 38 больных с острым перитонитом различной этиологии, лечившихся в реанимационном отделении Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе. Больные были в возрасте от 18 до 76 лет. Из них мужчин было 22 (57,9%), женщин – 16 (42,1%). В реактивной фазе острого перитонита находились 11 (28,9%), в токсической – 17 (44,8%) и в терминальной – 10 (26,3%) больных

Причиной острого перитонита в 13 (34,3%) случаях явился острый деструктивный аппендицит, в 8 (21%) – острая кишечная непроходимость, в 7 (18,4%) – острый деструктивный холецистит и в 10 (26,3%) случаях - прободные язвы желудочно-кишечного тракта.

Системная воспалительная реакция установлена на основании клинических проявлений перитонита и с помощью следующих лабораторных тестов: путем определения С-реактивного белка, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), уровня малонового диальдегида (МДА), супероксиддисмутазы (СОД), уровня средних молекул (СМ), содержания альбумина и фибриногена.

Результаты и их обсуждение. У 11 (28,9%) больных с перитонитом в реактивной стадии отмечается повышение С-реактивного белка на 12,7%, МДА – на 17,8%, ЛИИ – на 18,9%, уровня СМ – на 21,8%, содержания фибриногена на –

14,6%, снижение альбумина на 17,0% и СОД - на 20%, что свидетельствует о наличии системной воспалительной реакции у этих больных.

У 17 (44,8%) больных в токсической фазе перитонита со стороны анализов, характеризующих системную воспалительную реакцию, отмечены следующие изменения: повышение ЛИИ на 25,0%, С-реактивного белка на 23,6%, фибриногена – на 23,0%, МДА – на 23,6%, СМ – на 28,0%, снижение СОД на 29,0% и альбумина – на 22,0%. Это свидетельствует об усилении системной воспалительной реакции у больных в токсической стадии перитонита.

У 10 (26,3%) пациентов в терминальной стадии острого перитонита отмечаются ещё более высокие показатели системной воспалительной реакции в виде повышения содержания С-реактивного белка на 38,4%, ЛИИ – на 43,0%, МДА – на 42%, СМ – на 39,8%, фибриногена – на 43,5%, при этом отмечается снижение позитивного белка воспаления альбумина на 36,6% и показателя антиоксидантной защиты крови СОД на 35,7%.

Следовательно, у больных в терминальной стадии острого перитонита клинические и лабораторные признаки наиболее выражены, что соответствует крайнему тяжелому состоянию больных.

Заключение. У больных с острым перитонитом имеет место системная воспалительная реакция. Степень выраженности системной воспалительной реакции зависит от фазы острого перитонита.

Кубиддинов А.Ф., Хакназаров Х.Ш., Абдуллоев М.Ф.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА СРЕДИ ДОНОРОВ КРОВИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

ГУ «Республиканский научный центр крови»
Курс трансфузиологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Система гемостаза подчинена сложной нейро-гуморальной регуляции и в ней четко функционируют механизмы положительной и отрицательной обратной связи, вследствие чего клеточный гемостаз и свертывание крови вначале подвергаются самоактивации, а затем нарастает анти-тромботический потенциал крови. Эти механизмы создают условия для самоограничения процесса свертывания, вследствие чего локальная активация системы в местах тромбообразования не трансформируется во всеобщее свертывание крови. Нарушения гемостаза ведут к серьезным клиническим последствиям. Дисбаланс в одном направлении может сопровождаться чрезмерным кровотечением, в другом – образованием тромба. Противосвёртывающие механизмы играют ведущую роль в поддержании жидкого состояния крови и ограничении процессов тромбообразования. Важнейшими физиологическими антикоагулянтами, блокирующими основные пути тромбообразования, служат антитромбин III (АТ III), протеины С и S. Однако значение физиологических антикоагулянтов крови в развитии гиперкоагуляционного синдрома и их взаимосвязь с факторами, вызывающими тромбообразование, остаются недостаточно изученными. Динамический контроль состояния системы гемостаза необходим для оценки эффективности антитромботической терапии при лечении заболеваний, в патогенезе которых присутствуют факторы тромбогенного риска (атеросклероз, гиперлипидемия, гиперфибриногенемия и др.).

Цель исследования. Выявление и изучение характера изменений в системе гемостаза среди доноров крови в зависимости от кроводачи в условиях высокогорья.

Материал и методы исследования. Исследование провели на высоте 7495 метров над уровнем моря (самая высокая вершина всего бывшего СССР), а именно в Областном центре крови ГБАО, городе Хорог с 2015 по 2018 годы. В зависимости от диагностики доноров разделили на две группы: в первую группу вошли 66

доноров крови в возрасте от 18 до 65 лет, массой тела более 50 кг, частота кроводачи 3-4 раза в год (более 20 донаций за весь период донорства), группу контроля составляли 50 доноров, живущих в городе Душанбе, которые сдают кровь регулярно в РНЦК. Забор проводится по общепринятым стандартам ВОЗ.

Исследована система гемостаза до кроводачи, спустя 24 часа и через 4 дня после кроводачи. Кровь забирали из подкожной локтевой вены, смешивая с цитратом натрия в соотношении 9:1. Затем отделяли плазму, которая и составляла предмет для исследований в соответствии с общепринятыми стандартами. У всех обследованных определяли количество тромбоцитов, антитромбина III, активированное частичное тромбопластиновое время, международное нормализованное отношение, содержание фибриногена, протромбиновый индекс, протромбиновое время, VIII-фактор, IX-фактор, протеины С и S в плазме крови.

Результаты и их обсуждение. Получены данные, свидетельствующие об активации коагуляционного компонента системы гемостаза с одновременным угнетением основных противосвёртывающих систем с участием анти-тромбина III, протеина С, фибринолитической составляющей. При увеличении частоты кроводач значительно проявляется гиперкоагуляционная направленность в системе гемостаза с одновременным подавлением фибринолитической активности крови среди доноров крови. Состояние реакции системы гемостаза среди доноров крови в зависимости от кроводачи в условиях высокогорья вызывает значительно изменяется с резким преобладанием коагуляционной составляющей, что способствует формированию предтромботического состояния. Антитромбин III (АТ III) относится к наиболее значимым ингибиторам системы свертывания крови, поскольку на его долю приходится около 80% общего антикоагулянтного потенциала. Учитывая это, проведения соответствующих профилактических мер с целью увеличения процентного соотношения АТ III у доноров является хорошей профилактикой тромбоэмболических осложнений.

Лабораторные исследования

	Доноры РНЦК n = 50 (контрольные)			Доноры ОЦК г.Хорог n = 66 (основная)		
	До кроводача	После 24 часов	После 4-х дней	До кроводача	После 24 часов	После 4-х дней
Число эритроцитов, $\times 10^{12}$ г/л	4,86 $\pm$ 0,3	4,62 $\pm$ 0,3	4,61 $\pm$ 0,3	5,32 $\pm$ 0,3	4,86 $\pm$ 2,5	4,71 $\pm$ 3,2
Гемоглобин, г/л	150 $\pm$ 4	148 $\pm$ 4	148 $\pm$ 4	156 $\pm$ 4	143 $\pm$ 2	140 $\pm$ 0,4
Гематокритное число, %	50 $\pm$ 2,5	49 $\pm$ 2,5	49 $\pm$ 2,5	52 $\pm$ 2,5	48 $\pm$ 2	47 $\pm$ 1,7
Число тромбоцитов	320 $\pm$ 20	310 $\pm$ 20	310 $\pm$ 20	320 $\pm$ 20	445 $\pm$ 8	479 $\pm$ 20
ВРП	82 $\pm$ 3	82 $\pm$ 3	82 $\pm$ 3	82 $\pm$ 3	79 $\pm$ 2,3	74 $\pm$ 3
АЧТВ	26 $\pm$ 2,5	26 $\pm$ 2,5	26 $\pm$ 2,5	26 $\pm$ 2,5	27 $\pm$ 2,5	25 $\pm$ 2,5
Протромбиновый индекс, %	105 $\pm$ 5	105 $\pm$ 5	105 $\pm$ 5	105 $\pm$ 5	94 $\pm$ 4	105
Протромбиновое время, сек	16 $\pm$ 1,2	16 $\pm$ 1,2	16 $\pm$ 1,2	16 $\pm$ 1,2	17 $\pm$ 1,2	16 $\pm$ 1,2
Тромбиновое время	15 $\pm$ 1,5	15 $\pm$ 1,5	15 $\pm$ 1,5	15 $\pm$ 1,5	16 $\pm$ 1,5	15 $\pm$ 1,5
МНО	0,9 $\pm$ 0,2	0,9 $\pm$ 0,2	0,9 $\pm$ 0,2	0,9 $\pm$ 0,2	1,0 $\pm$ 0,2	0,9 $\pm$ 0,2
Содержание фибриногена, г/л	3,0 $\pm$ 0,5	3,0 $\pm$ 0,5	3,0 $\pm$ 0,5	3,0 $\pm$ 0,5	4,0 $\pm$ 0,5	4,2,0 $\pm$ 0,5
Антитромбин III, %	99 $\pm$ 1,7	99 $\pm$ 1,7	99 $\pm$ 1,7	99 $\pm$ 1,7	68 $\pm$ 1,7	79 $\pm$ 1,7
VIII- фактор, %	185 $\pm$ 4	185 $\pm$ 4	185 $\pm$ 4	185 $\pm$ 4	105 $\pm$ 4	124 $\pm$ 4
IX-фактор, %	176 $\pm$ 5	176 $\pm$ 5	176 $\pm$ 5	176 $\pm$ 5	113 $\pm$ 5%	149 $\pm$ 5
Протеин С-тест, %	102 $\pm$ 25	102 $\pm$ 25	102 $\pm$ 25	102 $\pm$ 25	83 $\pm$ 25	79 $\pm$ 25
Д-Димер, мкг	0,22 $\pm$ 0,02	0,22 $\pm$ 0,02	0,22 $\pm$ 0,02	0,22 $\pm$ 0,02	0,18 $\pm$ 0,02	0,17 $\pm$ 0,02

Заключение. Принципиально важно учитывать, что плазма у данной категории доноров крови представляет собой источник с высоким содержанием всех факторов свёртывания крови, то есть является средством восстановления нарушенного баланса гемостаза крови среди больных с гипокоагуляцией

разного генеза. Немаловажное значение имеет подбор доноров среди населения с особыми показателями свертывающей системы крови, так как 93% территории республики занимают горы и высокогорные долины, что является целенаправленной мерой при чрезвычайных ситуациях.

Курбанов Н.Р., Рахмонов Дж.А., Рафиев Ф.Р., Холов С.К.

ПРИЧИНЫ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЛИМФОРЕИ ПРИ ТРАНСАКСИЛЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИИ I-ГО РЕБРА У БОЛЬНЫХ С КОСТО-КЛАВИКУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Снижение частоты лимфореи после операции трансаксиллярной резекции I-го ребра.

Материал и методы исследования. Материалом данного исследования явилось 48 больных с косто-клавикулярным синдромом с развитием вторичного синдрома Рейно (34 больных) или без него (14 больных), которым производилась трансаксиллярная резекция I-го ребра. Данное оперативное вмешательство по показаниям дополнялось селективной шейно-грудной симпатэктомией, в частности при клинике вторичного синдрома Рейно. Возраст больных колебался от 16 до 62 лет. При трансаксиллярной резекции I-го ребра разрез кожи, как правило, производится по нижнему краю волосистой части подмышечной ямки. Подлежащие ткани также пересекаются по этой линии до грудной стенки, затем производятся остальные этапы операции. При этом максимальное количество лимфоузлов и лимфатических протоков остаются выше разреза кожи, т.е. в подмышечной ямке, что значительно снижает риск повреждения лимфатических узлов и сосудов. Однако, лимфатические сосуды, идущие по грудной стенке к регионарным подмышечным лимфатическим узлам, остаются в зоне операционного доступа и по ходу операции приходится пересечь их для создания адекватного доступа. Пересекаемые лимфатические сосуды прошиваются и лигируются, даже при использовании электрокоагуляции, так как применение только электрокоагуляции пересекаемых

лимфатических сосудов в послеоперационном периоде чревато развитием лимфореи.

Результаты и их обсуждение. Все больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом, резекция первого ребра осуществлялась подмышечным доступом, т.е. трансаксиллярно. Из всех 48 оперированных больных лишь у 6-и (12,5%) в послеоперационном периоде наблюдалась лимфорей из раны. У 4-х (8,3%) лимфорейю из послеоперационной раны удалось остановить консервативными мероприятиями, а у 2-х (4,2%) потребовалось повторное оперативное вмешательство. В ходе повторного оперативного вмешательства выяснилось, что источником лимфореи являются лимфатические сосуды, которые не были дополнительно прошиты после электрокоагуляции. Во время повторного оперативного вмешательства лимфорейя остановлена путем прошивания подкожной клетчатки вместе с лимфатическими сосудами. Все 6 больных выписаны с вторичным заживлением раны на 12-16 сутки после операции. Остальные 42 больных (87,5%) выписаны из стационара с первичным заживлением раны на 5-7 сутки после операции.

Заключение. Непрошитые и нелигированные, пересеченные электроножом лимфатические сосуды в подмышечной области, во время трансаксиллярной резекции первого ребра являются источником лимфореи, инфицирования раны, что значительно увеличивает период пребывания больных в стационаре.

Курбанова М.Х., Хушвахтова Э.Х., Мамедова З.Т.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТРИБЕСТАН У ЖЕНЩИН С АНОВУЛЯТОРНЫМ ЦИКЛОМ

ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии»

Цель исследования. Оценить эффективность препарата трибестан у женщин с эндокринным бесплодием для восстановления овуляции и фертильности.

Материал и методы исследования. В гинекологическом отделении НИИ АГиП РТ было проведено исследование оценки эффективности препарата трибестан у женщин с ановуляторным циклом. Под нашим наблюдением находились 84 женщины в возрастной группе от 25 до 36 лет, с первичным и вторичным бесплодием от 3 до 5 лет с наличием ановуляции, средний возраст который составлял $29 \pm 1,6$ лет.

Нами был назначен негормональный препарат Трибестан по определенной схеме в каждой группе. За период обследования и лечения женщины подверглись следующим методам диагностики: проведено УЗИ (фолликулометрия) - у 84 женщин, гормональный мониторинг - у 32 женщин, мазки для исключения ИППП - 56, консультация генетика (для исключения хромосомной патологии) - 11 женщин. В первую группу включены 30 женщин (основная группа), которым назначен трибестан в сочетании с кломифена цитратом: препарат применялся в первую фазу цикла по

250 мг 3 раза в день с 5 по 15 день менструального цикла в сочетании с кломифена цитратом по 50 мг (1 таблетка) с 5 по 9 день менструального цикла. Во вторую группу включены 26 женщин, которые получили кломифена цитрат (контрольная группа): по 50 мг (1 таблетка) с 5-го по 9-й день менструального цикла. Третья группа – сравнительная, получила трибестан в чистом виде по 250 мг по 1 табл 3 раза в день с 1-го по 12-й день менструального цикла.

Результаты и их обсуждение. У пациентов в основной группе был отмечен больший

процент наступления беременности - у 11 (36,7%), чем в контрольной - у 5 (19,2%) и сравнительной группах - у 4 (14,3%) женщин.

Заключение. Негормональный препарат трибестан занимает определенное место в лечении женского бесплодия и является надежным, простым в применении, может быть использован в комплексном лечении ановуляторного бесплодия, повышении эффективности стимуляции, улучшении психоэмоционального состояния, что является очень важным для данного контингента больных.

Курбонова Н.Н., Сайдалиев Ф.Дж., Туйчиев Дж.А., Камолов А.Н.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино РНЦССХ

Цель исследования. Изучение диагностических возможностей ультразвукового дуплексного ангиосканирования вен малого таза при их варикозном расширении.

Материал и методы исследования. УЗДАС выполнено 60 больным в условиях лечебно-диагностического отделения РНЦССХ (50) и «Частного медицинского центра» (10). Возраст пациентов колебался от 19 до 45 лет. Среди общего числа пациентов варикозное расширение вен малого таза было выявлено у 38 пациенток.

Результаты и их обсуждение. Ультразвуковое исследование с комплексным применением как трансабдоминального, так и трансвагинального датчиков позволило максимально снизить частоту диагностических ошибок. Полученные нами данные совпали с результатами недавних исследований, авторы которых выявили наличие патологического рефлюкса при диаметре вен менее 5 мм, в то время как другие авторы

подразумевают наличие варикозно расширенных вен при диаметре вен 5 мм и более. Линейная скорость кровотока на фоне патологического рефлюкса составила 9-18 см/сек, в среднем $12 \pm 3,6$ см/сек. Установлена прямая зависимость между выраженностью болевого синдрома и степенью расширения вен малого таза.

Заключение. Методика ультразвукового ангиосканирования показала себя эффективной при скрининговом обследовании пациентов с целью диагностики заболеваний вен малого таза.

Методика трансабдоминального ультразвукового исследования наиболее оправдана у пациенток с астеническим телосложением и низкой степенью выраженности подкожной жировой клетчатки. Результаты УЗДАС позволяют определить степень варикозного расширения вен малого таза и дальнейшую тактику лечения.

Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Хасанов М.А., Мирзобеков Х.Ф.

НЕВРОТИЗАЦИЯ КИСТИ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино РНЦССХ

Цель исследования. Улучшение остаточной функции кисти при застарелых повреждениях нервных стволов верхних конечностях.

Материал и методы исследования. За период с 1997 по 2018 годы 21 пациенту с последствиями повреждения срединного и локтевого нервов была выполнена невротизация кисти. Пострадавшие находились на лечении в отделении пластической и реконструктивной микрохирургии РНЦССХ.

Средний возраст больных составил $34,3 \pm 3,3$ года. Мужчин было 14, женщин – 4. Среди дополнительных методов диагностики наиболее приемлемой считалась ЭНМГ, которая была использована во всех наблюдениях.

Результаты и их обсуждение. Невротизация была выполнена исключительно для восстановления сенсорной функции кисти. Среди общего числа пациентов в 8 наблюдениях невротизация срединного нерва была осуществлена двухэтапным способом. В качестве пластического материала был использован васкуляризированный трансплантат локтевого нерва. Остаточная функция локтевого нерва 7 пациентам была скорректирована модифицированным способом операции Zancolli. В одном наблюдении, где также был использован трансплантат локтевого нерва, необходимость к применению этой опе-

рации не возникла из-за травматического отсутствия IV-V пальцев.

Остальным пациентам были выполнены следующие виды невротизации: перемещение кожной ветви лучевого нерва для восстановления срединного (5) и локтевого (4) нерва; перемещение тыльной ветви локтевого нерва с целью невротизации срединного нерва (3); перемещение тыльной ветви локтевого нерва для невротизации дистальной культы самого нерва (1). Невротизация пальцевых нервов за счет кожной веточки лучевого нерва была выполнена по методике Mathloubi.

Во всех наблюдениях операция выполнялась с оптическим увеличением под регионарным обезболиванием.

В отдаленном периоде результаты изучались во всех наблюдениях. Результаты восстановления функции приведения IV-V пальцев были отличными, деформация этих пальцев устранялась у всех пациентов. При изучении сенсорной функции кисти отмечалось восстановление простых видов чувствительности, однако дискриминационная чувствительность восстановилась в диапазоне 14-16мм.

Заключение. Таким образом, применение корректирующих методов операции при застарелых повреждениях срединного и локтевого нервов позволяет получить хорошие функциональные результаты.

Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А., Хасанов М.А.

КОРРЕКЦИЯ ОСТАТОЧНОЙ ФУНКЦИИ ЛОКТЕВОГО НЕРВА ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино РНЦССХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Улучшение остаточной функции кисти при застарелых повреждениях локтевого нерва путем выполнения корректирующих операций.

Материал и методы исследований. Проанализированы результаты хирургического лечения застарелых повреждений локтевого нерва 12 пациентам, которым была выполнена видеоизмененная операция Zancolli по методике нашей клиники. Анализ проведен за последние 10 лет, больные находились на лечении в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ (10)

и лечебно-диагностическом отделении ТГМУ имени Абуали ибн Сино (2).

При изучении этиологических факторов повреждения было установлено, что у всех пациентов в анамнезе имели место резаные раны области предплечья. В 8 наблюдениях повреждение локтевого нерва локализовалось на уровне верхней трети предплечья, у 3 – средней трети и у одного пострадавшего повреждение нерва отмечалось на уровне лучезапястного сустава. Все пострадавшие были оперированы в сроки более одного года от момента получения травмы. Мужчин было 8, женщин - 4.

Для определения характера повреждения пациентам выполнили ЭНМГ. УЗДГ использовали для определения состояния локтевой артерии.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам наряду с выполнением корригирующих вмешательств на кисти выполняли шов нервного ствола для восстановления сенсорной функции пальцев. При диастазе нервного ствола до 3 см 9 пациентам был выполнен шов нервного ствола. В 3 остальных наблюдениях при диастазе более 3 см выполнили аутонервную пластику локтевого нерва. В качестве аутонервного трансплантата использовался икроножный нерв.

С целью устранения “когтистой деформации” и восстановления функции приведения IV-V пальцев была выполнена видоизмененная операция Zancolli. Суть операции заключалась в выделении латеральной порции сухожилия поверхностного

сгибателя IV пальца, проведении его через подкожный тоннель к V пальцу и ушиванию к проксимальной блоковидной связке. При этом операция наряду с устранением деформации пальцев одновременно обеспечивает и функцию приведения мизинца.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдались. У всех оперированных устранилась “когтистая деформация” с улучшением функции приведения мизинца. Улучшение сенсорной функции кисти и пальцев продолжалось в течение 6 месяцев и продолжалось в сроки до 2 лет в зависимости от уровня повреждения нервного ствола.

Заключение. Улучшение сенсорной и двигательной функции кисти при застарелых повреждениях локтевого нерва достигается путем применения шва нервного ствола и использования корригирующих вмешательств.

Маликов М.Х., Хасанов М.А., Махмадкулова Н.А., Хайруллои Н.

КОСТНО-СОСУДИСТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
РНЦССХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения костно-сосудистых повреждений верхних конечностей.

Материал и методы исследований. Хирургическому лечению подверглись 26 пациентов с костно-сосудистыми повреждениями верхних конечностей за последнее десятилетие. Переломы имели место у 21 и передний вывих предплечья – у 5 пострадавших. Клиническое проявление повреждения срединного нерва имело место у 6 пациентов. В 5 наблюдениях при одновременном повреждении бифуркации плечевой артерии и мышц плеча отмечалась тяжелая степень нарушения кровообращения конечности.

Рентгенография костей верхней конечности была выполнена 19 пострадавшим. Остальные 7 пациентов были переведены из травматологического отделения, где им был выполнен стабильный остеосинтез плечевой кости. УЗДГ была выполнена 9 пациентам.

Результаты и их обсуждение. Оперативные вмешательства на сосудисто-нервных пучках были осуществлены после завершения травматологического этапа операции. У 7 больных остеосинтез, проведенный в травматологическом отделении, был стабильным, и сроки вмешательства у них значительно сократились. Совместный остеосинтез с врачами-травматологами был осуществлен 3 пострадавшим.

Следует отметить, что объём оказанной помощи на этапах оказания первичной помощи в большинстве случаев был неадекватный, допущенные тактические и технические ошибки удлинляли сроки вмешательства в специализированном учреждении. В связи с этим увеличение дефекта артерии в 20 случаях потребовало применения аутовенозных вставок.

При разрушении бифуркации плечевой артерии 3 пострадавшим было выполнено бифуркационное шунтирование. При диас-

тазе более 3 см была осуществлена аутовенозная пластика 17 пациентам. Циркулярный шов артерии удалось выполнить лишь 6 пациентам.

Среди 6 пострадавших тракция срединного нерва имела место у 5, повреждение нервного ствола - у одного пациента. При повреждении нервного ствола были наложены эпинеуральные швы.

В ранние часы после операции в одном наблюдении имело место проявление тромбоза плечевой артерии, повторная операция привела к успеху. Отдаленные результаты были изучены у всех пациентов. Нарушений функции локтевого сустава не отмечалось,

проходимость сосудов изучалась применением УЗДГ. Результаты восстановления сенсорной функции кисти после восстановления срединного нерва считались удовлетворительными.

Заключение. Костно-сосудистые повреждения нередко могут привести к нарушению кровообращения конечности, что требует проведения неотложных вмешательств на поврежденных структурах. Запоздалая диагностика и неадекватно оказанная помощь на этапах медицинской эвакуации способствуют развитию грозных осложнений, тем самым увеличению частоты инвалидизации пострадавших.

Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А., Хайруллои Н.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ТАКТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СОСУДОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
РНЦССХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Анализ диагностических и тактических ошибок, допущенных пострадавшим с повреждениями сосудов верхних конечностей при оказании первичной медицинской помощи.

Материал и методы исследования. За период с 2010 по 2019 гг. в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ Х (46) и лечебно-диагностическом отделении ТГМУ имени Абуали ибн Сино (2) выполнены реконструктивные вмешательства при повреждении сосудов верхних конечностей 48 пострадавшим. Всем им ранее оказана неадекватная первичная помощь в неспециализированных лечебных учреждениях города и районов республики. При оказании помощи пострадавшим были допущены следующие диагностические и тактические ошибки: необоснованный перевод тяжелых больных (6) в специализированный центр; неадекватно выполненная первичная хирургическая обработка раны с упущением повреждения сосуда (5); необоснованное применение протезирования сосудов (5); необоснованный шов поврежденных сосудов (15); необоснованная перевязка сосуда (18).

Среди дополнительных методов диагностики были использованы рентгенография,

УЗДГ сосудов и по показаниям ангиография. Степень жизнеспособности мышц изучали использованием электростимуляции.

Результаты и их обсуждение. В одном наблюдении среди 6 необоснованно переведенных пострадавших была сформирована ампутационная культя конечности. Остальным 5 пострадавшим реконструктивные вмешательства были осуществлены после выведения их из состояния шока. Неадекватно выполненная первичная хирургическая обработка ран в 5 случаях из-за упущения повреждения сосуда стала причиной развития пульсирующей гематомы и ложной аневризмы сосуда в последующем. Все случаи циркулярного шва сосуда (15) закончились развитием тромбоза артерий. Перевязка сосуда была осуществлена 18 пострадавшим, среди которых в одном наблюдении была иссечена бифуркация плечевой артерии.

При выполнении операции из-за дефекта между концами сосудов 36 пострадавшим была осуществлена аутовенозная пластика. Циркулярный шов сосуда удалось выполнить лишь 12 пациентам.

В ближайшем послеоперационном периоде тромбоз восстановленных сосудов имел место у 3 оперированных. Повторная

операция привела к успеху во всех случаях. Пройодимость сосудов наряду с объективными данными подтверждалась УЗДГ.

Заключение. Своевременная диагностика и оказание адекватной помощи пострадав-

шим на этапах оказания первичной помощи являются залогом успешной реконструкции в специализированных лечебных учреждениях, что намного предупреждает развитие возможных осложнений.

Маликоева С.А.

АНАЛИЗ ПРИЧИН АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ СРЕДИ «ЕДВА ВЫЖИВШИХ ЖЕНЩИН»

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Проанализировать причины акушерских кровотечений среди «едва выживших женщин» и разработать предложения по улучшению оказания неотложной акушерской помощи.

Материал и методы исследования. По специально разработанной анкете проведен ретроспективный анализ 255 историй родов пациенток, госпитализированных с акушерскими кровотечениями в клинику ТНИИ АГиП. Сравнительный анализ проведен среди 61 пациентки с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - I группа; 33 беременных с предлежанием плаценты (ПП) - II-я группа и 161 родильницы с послеродовыми кровотечениями (ПК) - III-я группа.

Компьютерный анализ проведен с использованием статистической обработки по Стьюденту ($M \pm m$).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что средний возраст в анализируемых группах не отличался и составлял соответственно $31,1 \pm 1,0$, $29,1 \pm 0,6$ и $27,2 \pm 0,4$ лет ($p > 0,05$). Среди городских и сельских женщин достоверные различия также отсутствовали. Анализ репродуктивного анамнеза показал, что первородящих в I-ой группе было в 2 раза больше, по сравнению со II-ой группой ($24,9 \pm 5,5$ и $12,1 \pm 5,7\%$ соответственно) ($p < 0,05$). Многородящих было в 2 раза достоверно больше во II-ой группе ($39,4 \pm 8,5\%$), по сравнению с I-ой ($18,0 \pm 4,9\%$) и в 2,5 раза - по сравнению с III-ей ($15,5 \pm 2,8\%$) ($p < 0,05$). Лист перенаправления при госпитализации отсутствовал у 65%: госпитализированы по самообращению и доставлены в сопровождении родственников $75,2 \pm 3,4\%$ родильниц с ПК, что в 1,3 раза больше, по сравнению со II-ой и III-ей группами ($57,4 \pm 3,4\%$ и $57,6 \pm 8,6\%$

соответственно) ($p < 0,05$). При госпитализации в стационар состояние большинства обследованных было оценено как удовлетворительное: у $45,9 \pm 5,7\%$ пациенток I группы, $69,7 \pm 8,0\%$ - II-ой и $64,5 \pm 3,7\%$ - III-ей ($p > 0,05$). В тяжелом состоянии в группе женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты пациенток было в 2,5 раза больше ($29,5 \pm 5,8\%$), по сравнению с родильницами с ПК ($11,8 \pm 1,1\%$) ($p < 0,05$). Среди обследованных беременность протекала с осложнениями у $80 \pm 8,1\%$ пациенток I группы, у $84,4 \pm 3,6\%$ - II-ой, что в 3,3 раза чаще, по сравнению с родильницами с ПК ($25,4 \pm 1,2\%$) ($p < 0,05$). Анемия и ожирение установлены соответственно у $41,5 \pm 7,7\%$ и $48,0 \pm 9,9\%$ женщин I группы, каждой второй пациентки II-ой ($50 \pm 15,8\%$) и каждой четвертой родильницы с ПК ($25,7 \pm 5,2\%$) ($p < 0,05$). Рвотой беременных страдали $39,3 \pm 6,2\%$ беременных I-ой группы, $30,3 \pm 8,0\%$ - II-ой и $27,3 \pm 3,5\%$ - родильниц с ПК, пиелонефритом страдали $4,9 \pm 2,7$ женщин I группы, $9,0 \pm 5,0\%$ - II-ой и $3,7 \pm 1,5\%$ - III-ей ($p > 0,05$). Отягощенный акушерский анамнез имели $24,5 \pm 5,5\%$ женщин с ПОНРП, что в 1,7 раза чаще, по сравнению с пациентками с ПП ($14,3 \pm 2,7\%$) ($p < 0,05$). Преэклампсия диагностирована у $66,6 \pm 15,7\%$ беременных I группы, что в 6,6 раза чаще, по сравнению с женщинами - II-ой ($10 \pm 9,5\%$) и пациентками с ПП ($10 \pm 3,6\%$) ($p < 0,05$). Кровотечение имело место у $54,5 \pm 8,6\%$ женщин I группы, $90,1 \pm 3,8\%$ - II-ой и 100% III-ей ($p > 0,05$). Кесарево сечение произведено $96,2 \pm 2,3\%$ женщинам с ПОНРП, 100% - с ПП и $31,1 \pm 3,6\%$ - с ПК ($p < 0,05$). Дисстресс плода явился показанием к родоразрешению у $21,9 \pm 6,5\%$ пациенток с ПОНРП, что в 2 раза чаще, по сравнению с беременными с ПП ($10 \pm 9,5\%$) и в 3,5 раза - по сравнению с III-ей группой ($6,2 \pm 1,9\%$) ($p < 0,05$). По поводу

рубца на матке кесарево сечение произведено по экстренным показаниям 15±6,2% беременными с ПП, 6,5±3,2% с ПОНРП, лапаротомия произведена 8,6±3,4% родильницам с ПК ($p<0,05$).

Заключение. Причинами акушерских кровотечений среди «едва выживших жен-

щин» являются: запоздалая госпитализация, несвоевременное оказание НАП во время транспортировки и в стационаре, отсутствие бланка перенаправления. Проведение анализа критических состояний, угрожающих жизни женщин, позволит выявить истинные причины акушерских кровотечений.

Маликоева С.А., Олимова Ф.А., Муминова Ш.Т.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ СРЕДИ «ЕДВА ВЫЖИВШИХ» ЖЕНЩИН ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Проанализировать факторы риска развития акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин при предлежании плаценты и разработать предложения по улучшению доступа к оказанию медицинской помощи данной категории пациенток.

Материал и методы исследования. По специально разработанной анкете проведен ретроспективный анализ 94 историй родов пациенток, госпитализированных в клинику ТНИИ АГиП с кровотечением: 33 беременные с предлежанием плаценты (ПП) – основная группа (I) и 61 женщина с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – группа сравнения (II). Контрольную группу составили 60 беременных, рожениц и родильниц без кровотечений. Компьютерный анализ проведен с использованием статистической обработки по Стьюденту ($M\pm m$).

Результаты и их обсуждение. Принципиальных различий при анализе медико-социальных причин среди обследованных пациенток не выявлено: средний возраст составлял 27,8±5,7 года, домохозяйка было 58,0±5,4%, среднее незаконченное образование имели 69,8±5,7%, низкий социальный статус – 75,6±5,7%, Сельские женщины преобладали над городскими (87,8±94,8, 11,2±12,1 и 84,5±14,6% соответственно). В структуре экстрагенитальной патологии среди беременных с предлежанием плаценты лидировали анемия различной степени тяжести (98,1±5,2%) и заболевания щитовидной железы (75,2±5,2%), варикозная болезнь

установлена у 17,9±5,4%. Следует указать, что анемия у пациенток с ПОНРП имела место у 41,5±5,0%, что в 5,6 раза больше, по сравнению с заболеваниями почек (7,3±4,6%) ($p<0,05$). По результатам репродуктивного поведения установлено, что среди беременных с предлежанием плаценты преобладали повторнородящие (48,50±8,7%), многорожавших было 39,4±8,5%, первородящие составляли 12,1±5,7%. Сравнительный анализ показал, что многорожавших было в 2 раза больше, по сравнению с пациентками с ПОНРП (18,0±4,9), а первородящих – в 2 раза меньше (24,9±5,5) ($p<0,05$).

Среди всех обследованных установлен низкий охват использования контрацептивными средствами (56,2±4,3%): 63±3,1% использовали ВМС, 21,8±2,9% ежемесячно получали инъекции Депо-Провера, 32,5±3,0% принимали оральные контрацептивы. Барьерные методы контрацепции использовали 35 супружеских пар (49,0±3,2%), методом лактационной аменореи пользовались 33,7±3,0% родильниц.

Не наблюдались у акушера-гинеколога по неизвестным причинам 39,3±8,5% беременных с ПП, что почти в 2 раза меньше, по сравнению с женщинами с ПОНРП (54,9%±3,6%) ($p>0,05$); не состояли на учете 39,3±8,5%, без направления в стационар поступили 57,6±8,6%.

Течение настоящей беременности протекало без особенностей у всех пациенток (44,3±3,9%). У остальных 55,6±3,9% имелась рвота беременных и ОРВИ наблюдались у 30,3±8,% пациенток, анемия и угроза прерывания беременности – у 10,0±9,5%, пие-

лонефрит перенесли $9,0 \pm 5,0\%$. Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез установлен у $18,4 \pm 2,7\%$ обследованных женщин.

Во время беременности, родов и послеродовом периоде преэклампсия диагностирована у $10,0 \pm 9,5\%$ с предлежанием плаценты, что в 6,6 раза меньше, по сравнению с группой сравнения ($66,6 \pm 15,7\%$) ($p < 0,05$).

В удовлетворительном состоянии поступили в стационар все женщины контрольной группы, почти 70% - основной ($69,7 \pm 8,0\%$). Среднетяжелое состояние установлено у каждой третьей беременной с предлежанием плаценты ($33,3 \pm 8,2\%$), тяжелое - у $13,7 \pm 1,6\%$, не было пациенток с тяжелым состоянием. Сравнительный анализ показал, что среди пациенток с ПОНРП в удовлетворительном состоянии поступили $45,9 \pm 6,4\%$, что в 1,5 раза меньше, по сравнению с основной группой, а в среднетяжелом состоянии - в 1,4 раза меньше ($22,9 \pm 5,8\%$) ($p < 0,05$). Кесарево сечение произведено практически всем пациенткам с кровотечением (100% и $96,2 \pm 2,3\%$ соответственно); по поводу рубца на матке кесарево сечение произведено $15,0 \pm 6,2\%$ беременным с предлежанием плаценты, что в 1,3 раза больше, по сравнению с женщинами с ПОНРП ($6,5 \pm 6,2\%$) ($p < 0,05$). Дистресс плода явился показанием к кесареву сечению у каждой десятой пациентки с предлежанием плацен-

ты ($10,0 \pm 9,5\%$), что в 2 раза меньше, по сравнению с женщинами с ПОНРП ($22,0 \pm 6,5\%$) ($p < 0,05$).

Разрывов матки и умерших в стационаре среди обследованных групп не было. Не установлено достоверных различий в оказании неотложной акушерской помощи. Гемо- и плазмотрансфузия произведены каждой третьей беременной с ПП ($30,3 \pm 8,0\%$), тогда как в группе сравнения эти мероприятия использовали в 2 раза меньше ($14,7 \pm 4,5\%$ и $11,5 \pm 4,1\%$ соответственно) ($p < 0,05$).

Заключение. Установлены управляемые факторы риска развития акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин при предлежании плаценты: недостаточная информированность населения об опасных симптомах, низкий уровень квалификации специалистов, оказывающих контрацептивную помощь и консультирование беременных в амбулаторных условиях, запоздалая госпитализация, несвоевременное оказание НАП во время транспортировки и в стационаре, отсутствие бланка перенаправления. Проведение анализа критических состояний, угрожающих жизни женщин, позволит выявить истинные причины акушерских кровотечений среди «едва выживших женщин» при предлежании плаценты и обеспечить безопасное материнство.

Маликоева С.А., Олимова Ф.А., Мухамадиева С.М.

АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРИЧИН «ЕДВА ВЫЖИВШИХ» ЖЕНЩИН ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ПО ПРИНЦИПУ «ОТ ДВЕРИ ДО ДВЕРИ»

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить медико-социальные причины «едва выживших» женщин при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты по принципу «от двери до двери».

Материал и методы исследования. По специально разработанной анкете проведен ретроспективный анализ 255 историй родов пациенток, госпитализированных с акушерскими кровотечениями в клинику ТНИИ АГиП. Сравнительный анализ проведен среди 61 пациенток с преждевременной

отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - I группа; 33 беременных с предлежанием плаценты (ПП) - II-я группа и 161 родильница с послеродовыми кровотечениями (ПК) - III-я группа. Компьютерный анализ проведен с использованием статистической обработки по Стьюденту ($M \pm m$).

Результаты и их обсуждение. Принципиальных различий при анализе медико-социальных причин среди обследованных пациенток не выявлено: средний возраст составлял $27,8 \pm 5,7$ года, домохозяйек

было 58,0±5,4%, среднее незаконченное образование имели 69,8±5,7%, низкий социальный статус – 75,6±5,7%, Сельские женщины преобладали по сравнению с городскими (87,8±94,8% и 11,2±12,1% соответственно). В структуре экстрагенитальной патологии лидировали анемия различной степени тяжести (98,1±5,2%) и заболевания щитовидной железы (75,2±5,2%); заболевания почек выявлены у 43,3±5,8%, варикозная болезнь - 17,9±5,4%; патологию сердечно-сосудистой системы имели 26,5±5,1%, заболевания желудочно-кишечного тракта - 20,2±5,0%; сахарный диабет и ожирение диагностированы у каждой четвертой пациентки (20,1±5,0 и 21,21±5,0% соответственно). Следует указать, что анемия у пациенток с ПОНРП имела место у 41,5 ±5,0%, что в 1,6 раза больше, по сравнению с группой родильниц с послеродовым кровотечением (25,7±5,2%) ($p<0,05$). По результатам репродуктивного поведения установлено, что первородящих было 26,2±5,7%, повторнородящие составляли 57,0±6,3%, многорожавшие -17,0±4,9%.

Анализ показал низкий уровень использования контрацептивных средств (56,2±4,3%): ВМС - 63±3,1%, 21,8±2,9% ежемесячно получали инъекции Депо-Провера, 32,5±3,0% принимали оральные контрацептивы. Барьерные методы контрацепции использовали 35 супружеских пар (49,0±3,2%), методом лактационной аменореи пользовались 33,7±3,0% родильниц.

Из общего количества обследованных не наблюдались у акушера-гинеколога по неизвестным причинам каждая вторая пациентка (54,9%±3,6%). Среди родильниц с ПОНРП не состояли на учете 58,3±3,8%, что почти в 2 раза больше, по сравнению с группой беременных с ПП (39,3±8,5%).

В группе пациенток с ПОНРП без направления в стационар поступили 57,4±6,3%. Течение настоящей беременности протекало без особенностей у 44,3±3,9%. У остальных 55,6±3,9% рвота беременных наблюдалась у 54,9±3,5% пациенток, анемия - у 12,6±2,2%, угрозу прерывания беременности имели 3,5±1,4%, ОРВИ - 43,6±3,1%, пиелонефрит перенесли 8,4±1,5%. Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез установлен у 18,4±2,7% обследованных. Во время беременности, родов и послеродовом периоде преэклампсия диагностирована у пациенток с ПОНРП в 66,6 ±15,7 % случаев, что в 6,6 раза больше по сравнению с беременными с ПП и родильницами с ПК (10,0±9,5 и 10,0±3,6% соответственно) ($p<0,05$). Большая

часть пациенток с ПОНРП поступили в удовлетворительном состоянии (46,0±6,4%), 23,0±5,8% - среднетяжелом. Анализ показал, что каждая третья женщина основной группы поступила в тяжелом состоянии (30,0±5,0%), причем их было в 2,5 раза больше по сравнению с группой родильниц (11,8±3,1%) ($p<0,05$). Кесарево сечение произведено пациенткам с ПОНРП в 96,2±2,3% случаев, всем беременным с ПП и каждой третьей женщине III-ей группы (31,1±3,6%) ($p<0,05$). По поводу рубца на матке кесарево сечение произведено 6,5±3,2% пациенткам с ПОНРП, что в 2,3 раза меньше по сравнению с беременными с предлежанием плаценты (15,0±6,2%) ($p<0,05$). Начавшееся кровотечение явилось показанием к лапаротомии у 41,5±7,7% пациенток основной группы и 70,0±14,5% - беременным с ПП.

Разрыв матки произошел у 1 (0,6±0,6%) у пациентки с ПК. Доношенными родились 60,1±2,9% новорожденных, недоношенными -35,9±14,5%, антенатальная гибель установлена у 4,0±4,5%.

Не установлено достоверных различий в оказании неотложной акушерской помощи (95,5±2,7%, 100% и 98,7±0,7% соответственно); гемотрансфузия произведена 51,2±1,9%, плазматрансфузия - 48,0±1,4%; использовали метилэргометрин в 12,7±1,1% случаев.

Выписаны в удовлетворительном состоянии с ребенком 96,7±2,3% родильниц, без ребенка - 3,1±1,4%. Из группы с ПОНРП переведена в терапевтическое отделение ГКБ №1 г. Душанбе 1 (1,6±1,6%) пациентка и умерла 1 (1,6±1,6%).

Заключение. Медико-социальными причинами «едва выживших» женщин при ПОНРП являются: низкий социальный уровень жизни, высокая частота экстрагенитальной патологии, низкий уровень охвата контрацепцией. Факторами развития акушерских кровотечений среди «едва выживших женщин» являются: запоздалая госпитализация, несвоевременное оказание НАП во время транспортировки и в стационаре, отсутствие бланка перенаправления. Проведение анализа критических состояний, угрожающих жизни женщин, позволит выявить истинные причины акушерских кровотечений среди «едва выживших женщин» при ПОНРП. Основным принципом анализа критических случаев является подход «от двери до двери»: определение недостатков при ведении случая в конкретном медицинском учреждении и факторов, способствующих этим недостаткам.

¹Махмадализода Ф., ^{2,3}Султанов Д.Д., ³Косимов Ю.М., ²Зугуров А.Х.

КОРРИГИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕН ГОЛЕНИ

¹Городская клиническая больница №2

²Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

³Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Разработать методы коррекции венозной гемодинамики при посттромботической болезни (ПТБ) глубоких вен голени.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 63 больных с ПТБ голени. Мужчины составили 41, женщины – 22 в возрасте от 16 до 70 лет. Средний возраст составил $38 \pm 1,46$ года.

Всем пациентам кроме общеклинического исследования были проведены УЗДГ и дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей.

На основании изучения венозной гемодинамики, топической диагностики пораженного сегмента глубоких вен, характера изменений венозной стенки и особенностей реканализации тромбированных вен были определены показания к тем или иным методам оперативного вмешательства. Все операции произведены под спинальной анестезией.

Результаты и их обсуждение. У большинства больных наблюдалась ХВН тяжелой степени, т.е. по классификации CEAP С5-6 класс (трофические язвы) отмечалась у 25 (58,1%), С3-4 класс – у 18 (14,9%) больных.

У большей части больных (41) выполнены комбинированные операции, однокомпонентная операция – лишь 22 больным.

У больных недостаточностью коммуникантных вен и задней большеберцовой вены (41) была выполнена следующая комбинация операций: резекция или обтурация задней большеберцовой вены (41), диссекция коммуникантных вен по Савельеву-Константиновой (41) и флебэктомия (36).

При данной комбинации устранялись горизонтальный и низкий вертикальный рефлюксы.

Реже были выполнены однокомпонентные операции (22): операция Линтона – у 5; эндоскопическая диссекция коммуникантных вен – у 9; надфасциальная перевязка коммуникантных вен и флебэктомия – у 8 пациентов.

В отдаленные сроки отмечалось снижение степени ХВН, т.е. переход на более легкую степень наблюдалась у 29 (46,0%) больных, у 34 (54,0%) больных наступила стойкая ремиссия ХВН.

Заключение. Хирургическая коррекция венозного кровотока является эффективным методом лечения ХВН при посттромботической болезни и способствует ремиссии заболевания.

Махмудов Д.Т.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ С РАЗНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Оценка риска развития болезней пародонта определена как процесс, посредством которого качественные или количественные изменения происходят в результате воздействия неблагоприятных

факторов. Факторы риска биологически связаны с возникновением болезни и необязательно являются причиной и следствием болезни только потому, что пациент обладает фактором риска [Ашуров Г.Г. с соавт,

2012; Леонтьев В.К., 2014; Исмоилов А.А. с соавт., 2015].

Цель исследования. Оценка неблагоприятных факторов риска в прогрессировании пародонтологической патологии у лиц с низкой и высокой физической активностью.

Материал и методы исследования. Пациенты (341 чел.) обратились в клинику в момент обострения пародонтологические заболевания и составили основную группу. Средний возраст обратившихся был $38 \pm 0,5$ лет, из них 69,9% составили мужчины. На основании полученных данных составлялся и согласовывался с пациентом план лечения. После завершения лечения повторный визит назначался через 6 месяцев. При повторном визите проводили клиническое и рентгенологическое исследования.

Сравнительные частоты встречаемости факторов риска определяли у 395 пациентов с высокой физической активностью в возрасте 20-50 лет, обратившихся с любыми стоматологическими заболеваниями, кроме пародонтита. Данные пациенты составили сравнительную группу. В группу лиц с низкой привычной двигательной активностью были отнесены те, кто не занимался ходьбой, плаванием, бегом, велоспортом, не посещал тренажерный зал и др. 1 раз в неделю и реже.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования нами проанализирована частота встречаемости факторов риска развития гингивита и пародонтита средней степени тяжести среди мужчин и женщин (основная группа), а также по отношению к лицам, обратившимся с другими стоматологическими заболеваниями (группа сравнения). Выявлено наличие модифицируемых и немодифицируемых факторов риска развития болезней пародонта у лиц с низкой и высокой физической активностью.

Обращает на себя внимание, что женщины с низкой привычной двигательной активностью в 2-3 раза чаще мужчин обращаются по поводу заболеваний пародонта, в то время как среди общей популяции пациентов со стоматологическими заболеваниями (группа сравнения) половых различий не выявлено. С возрастом увеличивается частота обращаемости по поводу заболеваний пародонта. В возрасте 40-49 лет среди пациентов с низкой привычной двигательной активностью, страдающих болезнями пародонта, половых различий не выявлено, однако они обращаются чаще, чем в группе сравнения.

У пациентов основной группы чаще, чем у лиц группы сравнения, наблюдаются

нарушения питания. Это проявляется уменьшением числа лиц, употребляющих овощи и фрукты ежедневно и увеличением – употребляющих их ежемесячно и реже. Также среди лиц с низкой физической активностью чаще встречаются употребляющие поваренную соль в количестве 10 г/сут. и более. Мужчины основной группы чаще, чем женщины, нарушают основные принципы рационального питания.

Мужчины основной группы, страдающие болезнями пародонта, курят чаще женщин. Вместе с тем, мужчины основной группы реже имели навыки ухода за ртом, чем женщины. Они же чаще, чем женщины, характеризуются низким качеством жизни, при этом качество жизни пациентов с низкой привычной двигательной активностью снижено, по сравнению с группой сравнения. Аборты в анамнезе имеются чаще у женщин с низкой физической активностью, страдающих болезнями пародонта, чем в группе с другими стоматологическими заболеваниями (группа сравнения).

Из полученных данных следует, что в группе лиц с низкой физической активностью женский пол чаще сопряжен с неэффективностью лечения гингивита и пародонтита, чем мужской. Среди женщин наименее эффективно лечение заболевания пародонта в возрасте 40-49 лет. Наличие среднего образования у женщин увеличивает вероятность успешности лечения гингивита и пародонтита в 2 раза. У лиц основной группы, которые за последний год хотя бы 1 раз обратились к врачу с острыми заболеваниями или обострениями хронических или же имеют хронические заболевания в анамнезе, прогноз лечения пародонтальной патологии менее благоприятен.

Низкая привычная двигательная активность сопряжена с низкой эффективностью лечения гингивита и пародонтита как у женщин, так и у мужчин. Ежедневное потребление фруктов и овощей повышает вероятность успеха пародонтологического лечения в 3 раза у мужчин и в 2 раза – у женщин. Потребление фруктов и овощей ежемесячно и реже у мужчин снижает вероятность эффективного пародонтологического лечения в 2,5 раза.

Заключение. Таким образом, эффективность пародонтологического лечения у больных с низкой привычной двигательной активностью может быть повышена за счет воздействия на такие поведенческие факторы риска, как курение, питание, навыки ухода за полостью рта.

Мирзабекова Б.Т., Хайридинова Дж., Мухамадиева С.М.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И КОРРЕКЦИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ

Городской центр здоровья №11
Городской центр здоровья №13

Актуальность. Возрастные изменения урогенитального эпителия, обусловленные генитоуринарной атрофией, являются «маркером» старения и снижения качества жизни женщин, а также повышают риск заболевания органов нижнего отдела гениталий (Балан В.Е., Тихомиров Е.В., 2007).

Цель исследования. Оценить проявления УГР у женщин старшей возрастной группы и предложить методы их коррекции.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели в условиях центров репродуктивного здоровья нами обследовано 60 женщин премено- (25) и постменопаузального (35 женщин) возрастов (47-65л) с применением функционально-нетрудоёмких проб для диагностики УГР: проба Valcalvae и кашлевой тест. Также для диагностики возрастной атрофии слизистой вульвы, влагалища и шейки матки и определения состояния мышц тазового дна производилась их визуальная оценка и кольпоскопия.

Для коррекции УГР данной категории пациенток использовался крем фемистрон (эстрофем), содержащий конъюгированный эстроген, по 0,5 мг дважды в день глубоко во влагалище, в течение 10 дней, затем однократно 10 дней и далее в неделю 2 раза, длительностью три месяца. Топическое применения эстрогена обусловлено нежеланием женщин использовать системную гормональную терапию (МГТ).

Результаты и их обсуждение. В группе обследованных много-рожавшие женщины с УГР составили 81,3%, повторнородившие - 14,1%, 4,6% женщин имели в анамнезе 1 роды или были нерожавшими.

Жалобы, помимо дискомфорта в области гениталий (сухость, жжения и диспареунию), характеризующие симптомы атрофического цистоуретрита в виде учащенных позывов к мочеиспусканию в течение дня (23,6%), болезненного мочеиспускания (46,3%) и учащения позывов к мочеиспу-

сканию в ночное время (17,4%), отметили, в основном, женщины с длительностью постменопаузы более 3 лет. Из контрацептивного анамнеза установлено, что каждая третья пациентка в прошлом не использовала контрацептивы (32,6%), а среди использовавших 69,4% женщин предпочитали ВМС. Гинекологическими заболеваниями страдали более 60,0% пациенток, среди которых хронические воспалительные заболевания органов малого таза составляли 72,0%, миома матки - 46,5%, нейроэндокринные синдромы - 32,4% и бесплодие - 2,4%. Визуальные и кольпоскопические признаки генитоуринарной атрофии слизистой нижнего отдела мочеполовой системы, выявленные по типу диффузного и очагового экзоцервицита и вагинита, слабopоложительной уксусной пробы и сомнительным тестом Shillera, чаще имели место у женщин постменопаузального возраста с аменореей более трёх лет (47,8%). Дистрофические процессы у женщин были представлены хроническими неспецифическими экзоцервицитами в 88,7%, атрофическими вагинитами - 78%, атрофические цисто-уретриты установлены в 57% случаев и недостаточность тазового дна - у 30,1%.

Результаты данных показали, что проба Вальсальвы в пременопаузе была положительна у 9 (36%) женщин, в постменопаузе проба была положительной у каждой второй пациентки - 51,7%. При оценке результатов кашлевой пробы у 12 (48%) женщин в пременопаузе и в период постменопаузы почти у всех (93%) женщин проба была положительной.

Об эффективности локальной терапии эстрогенами свидетельствует улучшение качества жизни женщин, адекватность кольпоскопических картин, а также проба Вальсальва положительной осталась у 4 (16%) и в группе постменопаузы - у 29% женщин. Кашлевой тест нивелировался у 50% и 32,1% соответственно.

Заключение. Таким образом, локальное применение конъюгированных эстрогенов для коррекции УГР у женщины периода

климактерия, не желающих применять системную гормонотерапию, является альтернативой.

Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Сафаров С.А., Гафаров Х.О.

УСТРАНЕНИЕ ПОСТОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЭНДОПРОТЕЗАМИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Усовершенствование хирургических методов лечения больных с постостеомиелитическими дефектами нижней челюсти.

Материал и методы исследования. Данное исследование основано на клиническом наблюдении 24 больных с хроническим остеомиелитом нижней челюсти, находившихся на лечении в отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии ГУ Национального медицинского центра Республики за период 2010-2018гг. Среди больных мужчин было 16 (66,7%), женщин - 8 (33,3%). Возраст больных колебался от 22 до 50 лет.

Диагностика одонтогенного и травматического остеомиелита нижней челюсти осуществляется на основании жалоб больного, анамнеза заболевания и данных объективного осмотра, а также результатов рентгенографии и компьютерной томографии (КТ). Кроме того, всем больным в обязательном порядке проводили лабораторные исследования крови и мочи.

Устранение постостеомиелитических дефектов осуществляли с использованием эндопротезов на основе пористо-проницаемого никелида титана, разработанного в НИИ медицинских материалов с памятью формы г. Томска РФ (В.Э. Гюнтер, 2009).

Результаты и их обсуждение. Из общего количества наблюдаемых нами больных хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти установлен у 14 (58,3%) пациентов, у 10 (41,7%) - травматический остеомиелит. В группе больных с одонтогенным остеомиелитом у 6 (25,0%) больных костные дефекты чаще проявлялись отсутствием заднего края ветви нижней челюсти, включая мышцелковый отросток, у 5 (20,8%) - угла нижней челюсти и у 3-х (12,5%) - в

области тела. У больных с травматическим остеомиелитом (41,7%) дефекты имели небольшие размеры, сопровождалась резорбцией краев костных фрагментов и располагались чаще в области угла нижней челюсти.

У 24 больных этой категории выполнено 24 операции. У 23 больных послеоперационный период протекал гладко. Ближайший послеоперационный период сопровождался незначительной воспалительной реакцией в виде отека мягких тканей в зоне вмешательства, умеренной болезненностью при открывании рта и приеме пищи, незначительным сукровичным выделением из раны в течение 7-8 суток, что было связано с ответной реакцией организма на эндопротез. Лишь у 1 больного с одонтогенным остеомиелитом ветви и суставной головки нижней челюсти отмечалось небольшое гноетечение из раны, которое длилось около 1 месяца. После получения антибиотиков целенаправленного действия, десенсибилизирующей, общеукрепляющей терапии и физических методов лечения это явление устранилось.

Во всех случаях получен удовлетворительный функциональный результат. Отдаленные наблюдения в течение 5-8 лет показали отсутствие рецидивов заболевания, нормализацию объема открывания рта и функций зубочелюстного аппарата.

Заключение. Применение эндопротезов у больных с одонтогенными и травматическими остеомиелитами нижней челюсти с целью замещения дефектов тела, угла и ветви нижней челюсти, включая мышцелковый отросток, изготовленных из пористо-проницаемого никелида титана в соответствии с анатомическими особенностями пораженного органа, дает

возможность полноценно восстанавливать утраченные анатомо-функциональные возможности нижней челюсти, включая височно-нижнечелюстные суставы. По-

ложительные результаты оперативных вмешательств у данной категории больных свидетельствуют о высокой эффективности разработанной технологии.

Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Носиров О.Ш.

ИНСУЛИН В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ И ВЯЛОТЕКУЩИХ ЯЗВ РОГОВИЦЫ

ГУ Республиканский клинический центр «Офтальмология»

Цель исследования. Изучить эффективность местного применения инсулина у больных с длительно незаживающими дефектами роговицы.

Материал и методы исследования. В Республиканском клиническом центре «Офтальмология» в течение года было пролечено местным применением инсулина 9 больных в возрасте от 36 до 79 лет (5 мужчин и 4 женщины).

По этиологии больные подразделялись следующим образом: 3-е больных были с нейротрофическими язвами и лагофтальмом (после перенесенного инсульта и нейрохирургической операцией);

3-е больных с синдромом «сухого глаза» осложненного, «чистой» язвой роговицы (2-е больных с ревматоидным артритом и 1-н больной с болезнью Шегрена), из них 2-е больных после факоемульсификации катаракты;

2-е больных с вялотекущими посттравматическими язвами роговицы;

Один больной с постгерпетической язвой роговицы и десцелитоцеле.

Все больные комплексно обследовались по протоколу. До назначения инсулина в виде глазных капель всем больным длительно проводилось стандартное лечение в зависимости от этиологии заболевания. Включая хирургическое вмешательство в виде частичной терзорофией у 3-х больных с лагофтальмом, прикрытие язвы амниотической оболочкой у одного больного и окклюзия слезных точек у 2-х больных. Было принято решение для чистоты исследования отказаться от предыдущего лечения и провести лечение только инсулином.

Глазные капли были приготовлены путем инъекции препарата инсулина во флакон со слезозаменителем на основе полипропилен-

гликоля. Мы использовали препарат «Дитреф» фирмы «WorldMedicine» соотношение 1 ед инсулина на 1 мл слезозаменителя.

Готовые капли – 15 ед. инсулина у 15 мл. слезозаменителя закапывались 3 раза в день в течение 2-3 недель в зависимости от эффективности лечения. Хранился приготовленный раствор в холодильнике. Согревался до температуры тела перед употреблением.

Результаты и их обсуждение. После проведенного 2-недельного амбулаторного лечения у 6-х больных произошла полная эпителизация дефекта роговицы (у 3-х больных с нейротрофическими язвами роговицы, у 2-х больных с язвой на фоне ревматоидного артрита и у 1 одного больного с посттравматической язвой).

У двоих больных язва эпителизировалась на 50-60% площади дефекта.

У одного больного с постгерпетической язвой из-за отсутствия динамики в течение 10 дней лечение было отменено. Даже после полной эпителизации закапывание продолжалось в течение 3-х недель для закрепления эффекта. Побочных эффектов в период лечения не наблюдалось.

Несмотря на небольшой объем материала, неоднородность группы, а также небольшие сроки наблюдения, надо отметить высокую эффективность данного метода, а также его простоту и дешевизну.

Учитывая длительность лечения и большой объем препаратов, применяемых у данной группы больных, нельзя исключить и положительный момент от отмены всех ранее используемых препаратов, а именно токсико-аллергическое их воздействие. Тем не менее, требуется дальнейшее наблюдение за данной группой больных, а также ее расширение.

Заключение. Местное применение инсулина в большинстве случаев оказывает ощутимый терапевтический эффект у больных с длительно незаживающими язвами роговицы, устойчивыми к различным вари-

антам медикаментозного и хирургического лечения. Включение инсулина в протокол лечения дефектов роговицы даст возможность быстрее улучшить состояние этой категории пациентов.

Мирзоева А.Б.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

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

Цель исследования. Представить медико-социальную характеристику женщин различных возрастных групп с патологией молочных желез и заболеваниями шейки матки и разработать предложения по оздоровлению и улучшению качества их жизни.

Материал и методы исследования. Путем ретроспективного исследования проанализирована первичная документация 380 женщин позднего репродуктивного (35-49 лет) и менопаузального (50-55 лет) возрастов, обратившихся в консультативную поликлинику Республиканского научного центра онкологии. Причиной обращения в Центр являлось направление участкового врача ввиду наличия у женщин болевого синдрома в молочных железах и подозрение на патологические процессы шейки матки. Основную группу (I) составили 150 пациенток позднего репродуктивного возраста с заболеваниями молочных желез и предраковыми состояниями шейки матки. Группу сравнения (II) - 130 женщин менопаузального возраста с указанной патологией. Контрольная (III) - 100 женщин той же возрастной группы без патологических процессов репродуктивной системы. Критерием исключения был подтвержденный рак органов репродуктивной системы.

Проведен опрос по специально разработанной анкете, состоящей из блоков, характеризующих социальный статус, уровень образования, репродуктивный, контрацептивный и наследственный анамнез, наличие соматической и гинекологической патологии.

Статистическая обработка проведена с использованием программы Microsoft Excel

($M \pm m$), t-критерий Стьюдента; U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин составлял в I-ой группе $36,2 \pm 0,31$ года, во II-ой - $50,8 \pm 0,41$ года, в III-ей - $34,5 \pm 0,31$, $52, \pm 0,41$ года ($p > 0,05$). Среди обследованных женщин городских было в 1,7 раза больше ($63 \pm 4,8\%$), чем сельских ($37 \pm 4,8\%$) ($p > 0,05$); домохозяйки составляли $83,4 \pm 29\%$, служащие - $16,6 \pm 2,6\%$; $95,7 \pm 1,6\%$ состояли в браке; высшее образование имели $85 \pm 3,8\%$ пациенток, $10 \pm 3,4\%$ - средне незаконченное, $3 \pm 1,7\%$ - средне законченное и $2 \pm 1,4\%$ - средне специальное образование. Анализ первичной медицинской документации показал, что женщины позднего репродуктивного возраста с заболеваниями молочных желез и предраковыми состояниями шейки матки (I) обратились к врачу в $40,6 \pm 6,1\%$ случаев, остальные $59,4 \pm 6,2\%$ зарегистрированы согласно направлению участкового врача. В группе женщин менопаузального возраста с указанной патологией (II), обратившихся к врачу с болями в молочных железах, срок первой явки в женскую консультацию составлял $17,4 \pm 0,4\%$, остальные $82,6 \pm 0,5\%$ были направлены лечащим врачом или перенаправлены с другой клиники. В первой группе повторно-беременные женщины составляли $76,2 \pm 3,7\%$, многорожавшие - $23,8 \pm 4,0\%$; в группе сравнения - $70,8 \pm 4,1\%$; $29,2 \pm 4,1\%$ соответственно ($p > 0,05$). Установлено, что отягощенный акушерский анамнез (искусственный или медикаментозный аборт и самопроизвольные выкидыши) имели $41,5 \pm 4,3\%$ женщин, привычное невынашивание зарегистрировано в основной группе у $8,5 \pm 2,4\%$, в группе сравнения у $14,5 \pm 6,2\%$.

У пациенток с заболеваниями молочных желез и патологическими процессами шейки матки установлена достоверно высокая частота экстрагенитальной патологии. Анемия различной степени тяжести у пациенток позднего репродуктивного возраста встречалась в 1,5 раза чаще ($67,6 \pm 5,9\%$), по сравнению с женщинами менопаузального возраста ($45,0 \pm 4,5\%$) ($p < 0,05$); йоддефицитные состояния в 1,7 раза ($75\% \pm 6,9\%$ и $44 \pm 5,9\%$ соответственно) ($p < 0,05$); патология печени и желчевыводящих путей ($55 \pm 5,3\%$), варикозная болезнь ($46 \pm 5,2\%$), ожирение ($58 \pm 5,1\%$), заболевания мочевыделительных путей ($81,5 \pm 3,4\%$ и $67,7 \pm 4,1\%$ соответственно) не имели статистически достоверной разницы ($p > 0,05$). Заболевания желудочно-кишечного тракта установлены у $57,8 \pm 6,2\%$ пациенток I-й группы, что в 1,6 раза больше, по сравнению с женщинами II-й группы ($34,8 \pm 5,7\%$) ($p < 0,05$). Большинство пациенток I-ой и II-ой групп страдали воспалительными процессами шейки матки (цервицит, эрозия) - $95,4 \pm 1,8\%$ и $96 \pm 5,9\%$ соответственно. На втором месте по частоте выявлены воспалительные процессы эндометрия ($59,4 \pm 6,1\%$ и $46,4 \pm 6\%$ соответственно) ($p > 0,05$), на третьем воспалительные процессы придатков ($32,8 \pm 5,9\%$ и $26,1 \pm 5,3\%$) ($p > 0,05$). Первичным и вторичным

бесплодием страдали чаще женщины группы сравнения ($18,8 \pm 4,7\%$), чем пациентки основной группы ($14,1 \pm 4,3\%$) ($p > 0,05$). Контрацептивный анамнез показал, что $58,5\%$ пациенток основной группы не использовали в прошлом контрацептивные средства, остальные $41,5\%$ имели ВМС - 26% , применяли КОК - $13,8\%$, инъекции Депо Провера - $1,7\%$. Во II-ой группе не использовали в прошлом контрацептивные средства $48,5\%$. Остальные $51,5\%$ использовали ВМС (28%) применяли КОК ($10,8\%$) и инъекции Депо Провера ($12,7\%$) ($p > 0,05$).

Заключение. Медико-социальная характеристика женщин позднего репродуктивного и менопаузального возрастов с патологией молочных желез и заболеваний шейки матки представлена городскими пациентками, домохозяйками с низким социальным уровнем, повторно-беременными, высокой частотой экстрагенитальной и гинекологической патологии, отягощенным гинекологическим анамнезом. Низкая информированность населения, поздняя обращаемость к врачу и недостаточная квалификация специалистов являются основными причинами неблагоприятных исходов при указанной патологии. Воздействие на управляемые факторы снижает риск развития данной патологии.

Музафаров С.М., Тоиров М.Г., Саторов В.Т., Музафаров Ф.С.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ОБЛАСТИ ПРОМЕЖНОСТИ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Хатлонская областная клиническая больница им. Б.Вахидова

Цель исследования. Изучение влияния бупивакаина с целью на снижения интра- и послеоперационной депрессии сознания и обеспечения адекватной миоплегии в зоне операции.

Материал и методы исследования. Клинический раздел работы основан на наблюдении 79 больных за период 2016 по 2018 гг. Из них оперировано под в/в наркозом 12 ($15,1\%$), 67 ($84,9\%$) - под спинальной анестезией. Всем больным операции проводились на фоне исходного удовлетворительного состояния, риск анестезии по ASA II-III степеней.

Эффективность спинальной анестезии оценивалась по скорости наступления сим-

патического, сенсорного и моторного блока и его длительности. Безопасность спинальной анестезии оценивались нами по изменению уровня среднего артериального давления и частоте сердечных сокращений во время операции.

Результаты и их обсуждение. К преимуществам спинальной и перидуральной анестезии в колопроктологии можно отнести относительную простоту выполнения, комфорт для больных без интра- и послеоперационной депрессии сознания, удобство работы врача-колопроктолога в обеспечении полной релаксации мышц тазового дна. Перидуральная анестезия

считается более эффективным способом. У больных в операционном и послеоперационном периоде тяжелых осложнений в виде тотального спинального блока, аллергических реакций не возникло, в 6% случаев возникла артериальная гипотония в пределах 90-80 мм рт.ст, которая быстро купировалась введением раствора мезатона. При нарушении постельного режима на 3-е сутки после операции у 3 больных выявлен побочный эффект в виде головной боли. При повторном осмотре больных спустя 20 дней после операции у 2% отмечались тошнота и рвота, у 3% больных - брадикардия.

Заключение. Спинальная анестезия раствором бупивакаина обеспечивает стабильность гемодинамики без выраженной гипотонии на протяжении всей операции. С применением этого анестетика удается получить быструю, сильную и пролонгированную анестезию, релаксацию сфинктера прямой кишки. Таким образом, мы считаем раствор бупивакаина одним из препаратов выбора для проведения спинальной анестезии при выполнении операций на дистальном отделе прямой кишки и промежности.

Муллоджанов Г.Э., Ашууров Г.Г., Юлдошев З.Ш., Ёраков Ф.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭМАЛЕВОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В КЛЮЧЕВЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ДЕТЕЙ

Стоматологическая клиника «Smile»
Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение эмалево-резистентности постоянных зубов в ключевых возрастных группах детского контингента населения.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели обследовали состояние кариесологического статуса школьников в ключевых возрастных группах (6, 9, 12 и 15 лет). В проведенном клиническом исследовании приняли участие 90 детей, среди которых проведено стандартное стоматологическое обследование. Абсолютное количество обследованных детей в этих возрастных группах составило соответственно 22, 24, 22 и 22 человека. Перед исследованием всем детям провели полную профессиональную гигиеническую обработку полости рта, организовали беседы со школьниками, их родителями и преподавателями о факторах риска возникновения кариозной болезни. Детей мотивировали к качественной гигиене рта, снятию зубных отложений и коррекции освоения гигиенических навыков.

Оценку состояния эмали зубов проводили при помощи теста эмалево-резистентности по методу В.Р. Окушко с соавт. По этому методу центральный резец верхней челюсти очищали от мягкого зубного налета 1% раствором перекиси водорода, высушивали сухим ватным тампоном и на середину ве-

стибулярной поверхности на 2-3 секунды наносили пипеткой каплю протравной кислоты диаметром 1,5-2,5 мм. Затем протравку убирали сухим ватным тампоном и окрашивали 2% раствором метиленового синего. Краситель снимали сухим ватным тампоном стирающими движениями, полностью удаляя с поверхности эмали. Протравленный участок окрашивался в синий цвет различной интенсивности.

Для оценки интенсивности окрашивания эмалево-резистентности применяли 10-балльную оттеночную типографическую шкалу интенсивности синего цвета. При интенсивности окрашивания 1-3 балла обследованных детей относили к I группе (с высокой эмалево-резистентностью), 4-5 баллов – к II (с умеренной эмалево-резистентностью), 6-7 баллов – к III (с низкой эмалево-резистентностью), а более 8 баллов – к IV группе с очень низкой эмалево-резистентностью, что указывает на максимальный риск заболелания кариесом.

Результаты и их обсуждение. При исследовании уровня эмалево-резистентности было установлено, что в 6-летнем возрасте у 3 (13,6%) детей выявлен высокий уровень данного показателя, у 5 (22,7%) из них – умеренный уровень резистентности. В данном возрасте низкий и очень низкий уровни эмалево-

резистентности были зарегистрированы соответственно у 8 (36,4%) и 6 (27,3%) обследованных детей. Следует отметить, что среди 6-летних детей больше трети обследованных (36,4%) имели высокий и умеренный уровни кариесрезистентности, у большинства детей (63,6%) определяли низкий и очень низкий уровни резистентности эмаливого органа.

При использовании теста эмаливой резистентности у 9-летних школьников выявлено, что из 24 обследованных школьников у 5 (20,8%) установлен высокий уровень кариесрезистентности эмали зубов. У большинства обследованных детей указанного возраста определена умеренная (29,2%) и низкая (33,3%) устойчивость зубов к кислотному воздействию. Среди обследованных школьников в возрасте 9 лет был зарегистрирован очень низкий уровень кариесрезистентности (16,7%).

В зависимости от уровня эмаливой резистентности также детей в возрасте 12 лет разделили на 4 группы: лиц с высоким (31,8%), умеренным (22,7%), низким (36,4%) и очень низким уровнями (9,1%) устойчивости зубов к протравливающим агентам (по 7, 5, 8 и 2 ребенка соответственно). Распределение данного показателя у 15-летних подростков составило соответственно 40,9% (9 детей), 22,7% (5 детей), 31,8% (7 детей) и 4,6% (1 ребенок).

Заключение. Таким образом, изучение эмаливой резистентности у детей имеет, прежде всего, диагностическое и прогностическое значение для выявления вероятности развития кариесогенной ситуации. Данные о снижении эмаливой резистентности свидетельствуют о целесообразности назначения детям как экзо-, так и эндогенной профилактики кариеса зубов сразу же после их прорезывания.

Муллоджанов Г.Э., Юлдошев З.Ш., Ёраков Ф.М.

ОЦЕНКА МИНЕРАЛИЗАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КАРИЕСПОДВЕРЖЕННОСТИ ШКОЛЬНИКОВ

Стоматологическая клиника «Smile»

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. В соответствии с современными представлениями кариозный процесс развивается вследствие сложного взаимодействия общих и местных факторов, которые реализуются в системе «микроорганизм – слюна – структура эмали». К числу наиболее весомых локальных факторов риска возникновения кариеса, помимо кариесогенной микрофлоры, относится нарушение состава и свойства ротовой жидкости.

Цель исследования. Изучение минерализующего потенциала слюны у детей с различной степенью эмаливой резистентности.

Материал и методы исследования. Ротовая жидкость школьников, собранная натошак, служила материалом для кристаллографического исследования. Три капли слюны наносили на предметное стекло и высушивали при температуре 18-25°C в горизонтальном положении. Структуру образцов исследовали под оптическим микроскопом. Характер рисунка кристаллов ротовой жидкости оценивался следующим образом: 1

балл – россыпи хаотически расположенных структур неправильной формы; 2 балла – тонкая сетка линий по всему полю зрения; 3 балла – отдельные кристаллы неправильной формы на фоне сетки и глыбок; 4 балла – древовидные кристаллы средних размеров; 5 баллов – четкая, крупная, хаотичная и похожая на папоротник кристаллическая структура.

Среди обследованных детей минерализующий потенциал ротовой жидкости оценивали по нижеследующим баллам: 0-1 – очень низкий потенциал; 1-2 – низкий потенциал; 2-3 – удовлетворительный потенциал; 3-4 – высокий потенциал; 4-5 – очень высокий потенциал слюны.

Далее устанавливали тип микрокристаллизации ротовой жидкости: I тип соответствовал насыщенным микроэлементами слюне, представлял собой удлиненные призматической формы кристаллические структуры, чаще с радиальной ориентацией; II тип соответствовал среднему уровню насыщения

слюны микроэлементами и выглядел как изометрически расположенные фрагменты кристаллов без четкой ориентации; III тип соответствовал ротовой жидкости, бедной микроэлементами (разрозненные, мелкие и единичные неориентированные фрагменты кристаллов).

Результаты и их обсуждение. При исследовании минерализующего потенциала смешанной слюны у школьников только в 3,3% случаев был обнаружен очень высокий уровень исследуемого показателя. Визуализация рисунка под микроскопом характеризовалась наличием древовидных кристаллов среднего размера. Кристаллы четкие, расположены хаотично, образуя симптом «папоротника».

Среди обследованных школьников высокий уровень минерализационного потенциала слюны выявлен 5,6% случаев. Схожие показатели обнаружены в отношении удовлетворительного (6,7%), низкого (6,7%) и очень низкого (4,4%) уровней минерализующей функции ротовой жидкости. При этом визуализировались отдельные кристаллы неправильной формы на фоне сетки и глыбок рисунка, тонкая сетка линий по всему полю зрения и россыпи хаотически расположенных структур неправильной формы.

Изучая минералообменные процессы ротовой жидкости в зависимости от уровня кариесподверженности школьников, об-

наружено, что у детей с высоким уровнем кариесрезистентности очень высокий минерализующий потенциал смешанной слюны был обнаружен в 11,1% случаев, высокий и удовлетворительный типы минерализации – соответственно в 50,0% и 38,9% случаев.

У лиц с умеренной кариесрезистентностью высокий минерализующий тип потенциала слюны выявлен только у 13,3% обследованных детей. В остальных случаях зарегистрирована удовлетворительная (70,0%) и низкая (16,7%) минерализационная способность слюны. При низком уровне эмалистой резистентности увеличивается доля детей (51,1%) с низкой минерализующей способности смешанной слюны. Показатели ротовой жидкости с удовлетворительным и очень низким минерализующим потенциалом составили у них соответственно 32,2% и 16,7%.

Заключение. Таким образом, анализ полученных данных по изучению минерализационного потенциала ротовой жидкости в зависимости от уровня кариесподверженности у школьников выявил, что при низкой и очень низкой резистентности эмалевого органа достоверно снижена реминерализующая активность ротовой жидкости, что свидетельствует о повышенном риске кариесогенной ситуации в полости рта у детей и поражения кариесом постоянных зубов сразу после их прорезывания.

Муллоджонова А.Г., Каримов С.М., Расулов С.Р., Ашуров Г.Г.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННОЙ КСЕРОСТОМИЕЙ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. При комплексном лечении онкологических заболеваний широкое распространение получила цитостатическая химиотерапия в сочетании с лучевой терапией. Использование умеренных и, особенно, высоких доз цитостатиков сопровождается развитием патологического процесса в тканях зубов, пародонта и слизистой полости рта [О.В. Иванова, 2011; V.D. Berger et al., 2016; N.C. Chaitanya et al., 2016].

Приходится подчёркивать, что стоматологическая помощь онкологическим больным

оказывается в основном по обращаемости, обусловленной острой болью. Недостаточные знания специалистами специфики онкобольных, профилактики и лечения патологии органов и тканей полости рта, индуцированных радиотерапией, сдерживают использование адекватных методов лечения зубов, околозубных тканей и слизистой полости рта.

Цель исследования. Изучение стоматологического статуса у больных с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой

области после проведения курса радиотерапии.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели на базе кафедры онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ было проведено комплексное стоматологическое обследование 5 пациентов (2 женщины и 3 мужчин) после курса лучевой по поводу внутриэпителиальной формы рака на щеке и на альвеолярном отростке нижней челюсти, а также на боковой поверхности языка (болезнь Боуэна) в возрасте 40-60 лет.

Онкологический диагноз был подтвержден данными клинико-анамнестического, микробиологического и иммунологического статусов у данной группы пациентов. Для определения уровня заболеваемости твёрдых тканей зубов использовались объективные показатели и индексы: распространённость и интенсивность кариеса зубов и его осложнённых форм. При оценке распространённости и интенсивности заболеваний пародонта использовался индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта.

Результаты и их обсуждение. Элементы поражения при болезни Боуэна локализовались преимущественно на боковой поверхности языка (2 случая – все женщины), на щеке и на слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти (3 случая - мужчины). Клинические проявления болезни характеризовались наличием красного пятна с неровной, иногда бархатистой, поверхностью, с отдельными включениями белесоватых очагов ороговевающего эпителия на щеке и на слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти справа и на боковой поверхности языка слева.

Пациенты с названной патологией спустя один-три месяца после проведения радио- и химиотерапии обращались за помощью на кафедру терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ. При первичном обращении основными жалобами были сухость во рту, боль при приеме пищи, покраснение слизистой оболочки полости рта и губ, чувство жжения и покалывания, налет на зубах и слизистой полости рта.

У больных с онкологическими заболеваниями слизистой оболочки полости рта и языка распространённость кариеса зубов в возрасте 40-49 лет в среднем составила $98,5 \pm 2,3\%$, в возрастных группах 50-59 и старше 60 лет – соответственно $99,8 \pm 2,8\%$ и $100,0 \pm 0,01\%$.

Абсолютное значение интенсивности кариеса зубов по индексу КПУз у лиц основной группы составило $11,88 \pm 0,12$. От общего значения КПУз в среднем $52,0\%$ составляли осложнённые формы кариеса, из которых около 30% подлежат лечению (элемент «Р») и $22,5\%$ - удалению (элемент «Х»). Среди обследованных лиц процент неосложнённых форм кариеса (элемент «К») и удалённых зубов (элемент «У») соответствовал значениям $13,1\%$ и $33,3\%$.

Интенсивность заболеваний пародонта по индексу СРITN превышает $5,9$ сегмента ($5,9 \pm 0,1$) у всех обследованных лиц основной группы. Сегменты с кровоточивостью в среднем составили $2,2 \pm 0,2$ ($36,7\%$), с зубным камнем - $1,3 \pm 0,2$ ($21,6\%$), с пародонтальными карманами глубиной до 4 мм – $0,4 \pm 0,2$ ($6,7\%$), с соответствующими карманами глубиной более 5 мм – $1,1 \pm 0,3$ ($18,3\%$), исключённые сегменты – $1,0 \pm 0,2$ ($16,7\%$).

Клинические изменения слизистой оболочки полости рта у данной группы пациентов характеризовались выраженной сухостью слизистой и губ, гиперемией, отечностью, потерей блеска, наличием эрозий на слизистой оболочке полости рта, покрытых фибринозным налетом, болезненных при дотрагивании. Отмечалось отсутствие нитевидных сосочков на дорсальной поверхности языка («лакированный язык») или обильный творожистый псевдомембранозный налет на языке.

Заключение. Таким образом, полученные данные по комплексному изучению стоматологического статуса у пациентов с онкологическими заболеваниями слизистой полости рта и языка свидетельствуют о необходимости совершенствования стоматологической помощи указанному контингенту больных.

Мушинов Ф.Б., Кахаров М.А., Акилов Х.Д., Домулуджонов А.А.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАВОРОТА СИГМОВИДОЙ КИШКИ ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ

Кафедра хирургии с курсом топографической анатомии Худжандского отделения ГОУ ИПО-вСЗ РТ

Цель исследования. Внедрение в клиническую практику системы прогнозирования заворота сигмовидной кишки.

Материал и методы исследования. На базе кафедры хирургии с курсом топографической анатомии ХО ИПОвСЗ РТ за период с 2010 по 2018 гг. обследовано 67 больных с долихосигмой. Женщин было 51 (76%), мужчин – 16 (24%), в возрасте от 20 до 72 лет (средний возраст $46,5 \pm 5,5$ года). Обследование включало: сбор общеклинических анализов, УЗИ органов брюшной полости, ирригографию, колоноскопию, рентгенографию брюшной полости с контролем за продвижением бария, КТ с виртуальной колоноскопией, электротермометрию.

Результаты и их обсуждение. Для прогнозирования развития заворота сигмовидной кишки нами апробирована схема, которая включала 3 основных и 6 дополнительных признаков. К основным признакам мы относили:

1. самостоятельное разрешение заворота сигмы или ее эндоскопическая деторция;

2. перенесенные ранее паллиативные оперативные вмешательства при долихосигме;

3. Наличие смещаемости относительно точек фиксации сигмовидной кишки (по Саламову К.Н., 2001).

К дополнительным признакам риска развития заворота сигмы мы относили следующие факторы:

1. при электромиометрии гипокинетический тип возбудимости;

2. запоры в суб- и декомпенсированной стадии;

3. диаметр сигмовидной кишки $>8,0$ см на ирригограмме или КТ с виртуальной колоноскопией;

4. гиперстенический тип телосложения;

5. малоподвижный образ жизни;

6. длина сигмовидной кишки больше 60 см.

По результатам интерпретации опроса, осмотра и обследования пациентов мы выделяли 3 группы риска заворота сигмы. Высокий уровень развития заворота сигмы был у пациентов, у которых имелось не менее 2 основных и 3 дополнительных из вышеизложенных критериев риска. Средняя вероятность заворота нами констатирована при наличии 1 основного и не менее 3 дополнительных признаков. К низкой вероятности развития заворота сигмы мы относили пациентов с 2-6 дополнительными признаками заболевания.

На основании полученных результатов мы придерживались активной хирургической тактики у больных с высокой и средней степенями риска заворота сигмы, что позволяло выполнять одномоментные оперативные вмешательства в «холодном периоде», с меньшим риском развития послеоперационных осложнений. Придерживаясь этого принципа, нами выполнено 37 (55%) плановых оперативных вмешательств с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Больным с низким риском заворота сигмы проводили консервативную терапию и динамическое наблюдение.

Заключение. Предложенная система прогнозирования заворота сигмовидной кишки позволяет выявить целевую группу больных с долихосигмой, которым показано оперативное вмешательство, направленное на предупреждение развития осложнений.

Мухамедова М.А., Джураев Ш.М., Гиёсиев И.К., Саиджонов П.А.

УРГЕНТНАЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе

Цель исследования. Оценить эффективность ургентной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда по снижению риска развития инфаркта миокарда и внезапной смерти.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 96 больных

с острым коронарным синдромом (ОКС), обследованных за период с 2015 по 2018 год, в возрасте от 40 до 75 лет. Диагноз основывался на клинико-anamnestических данных, наличии эпизодов ишемии миокарда по результатам ЭКГ, ВЭМ-пробы, результатов

эхокардиографии (ЭхоКГ) и лабораторных исследований.

Коронароангиография проводилась в рентгеноперационной по стандартной методике Seldinger, в основном трансрадиальным доступом. Критерием гемодинамически значимого поражения являлось сужение диаметра коронарного сосуда более 75%, при поражении ствола левой коронарной артерии (ЛКА) – более 50%.

Среди обследованных 21 пациенту (22%) было выполнено стентирование после баллонной ангиопластики, а у 75 (78%) – прямое стентирование. Всем больным были установлены стенты с лекарственным покрытием. Им параллельно была рекомендована терапия бета-адреноблокаторами, антиагрегантами, статинами и ингибиторами АПФ. Контрольное обследование проводилось перед выпиской из стационара, а также в сроки через 20-30 дней после вмешательств, которое включало оценку клинической симптоматики, лабораторных исследований, ЭКГ в покое, ЭхоКГ.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов имело место значимое поражение коронарного русла: однососудистое – у 66, двухсосудистое – у 25 человек, трехсосудистое – у 5 пациентов. У 61% больных были поражения передней нисходящей и огибающей

артерий, у 20% - изолированное поражение огибающей артерии, и у 19% - сочетанное поражение передней нисходящей, огибающей и правой коронарной артерий.

В 92 (95,8%) наблюдениях коронарное стентирование завершилось успешно, с регрессом ишемии миокарда. Смертельный исход развился у 4-х (4,2%) больных, у которых имело место 3-х сосудистое поражение коронарных артерий, из-за массивного внутрикоронарного тромбоза во время ангиопластики.

В отдаленные сроки (до 3-х лет) окклюзия стента развилась у 2 пациентов, которым успешно выполнено повторное стентирование.

По данным контрольной ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка составила в среднем $54,5 \pm 4,5\%$, прирост составил 3,8%. Отмечалось достоверное снижение конечно-диастолического и конечно-систолического объема левого желудочка.

Заключение. На фоне комплексного лечения больных ОКС проведение ургентного стентирования коронарных артерий в 75% случаев уменьшает частоту и распространенность ишемии миокарда, снижает риск развития первичного и повторного инфаркта миокарда, фатальных сердечных аритмий и внезапной смерти в отдаленные сроки наблюдения.

Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Салихов Н.Н., Хафизов Л.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения холецистохоледохолитиаза путем применения малоинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 23 больных с холедохолитиазом без нарушения оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Возраст больных варьировал от 24 до 79 лет. Мужчин было 8 (34,7%), женщин - 15 (65,3%).

Всем больным при поступлении проводили следующие исследования: физикальные и лабораторные; инструментальные методы включали проведение фиброгастродуоденоскопии, ультразвукового исследования,

компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Для верификации холедохолитиаза интраоперационно, помимо осмотра и пальпации инструментом общего желчного протока, применялось зондирование холедоха через пузырный проток, интраоперационная холангиография и холедохоскопия.

Оперативные вмешательства включали эндоскопические (эндоскопическая папилосфинктеротомия – ЭПСТ) и эндовидеохирургические (лапароскопическая холедохотомия, холедохолитотомия и дренирование общего желчного протока) манипуляции.

Результаты и их обсуждение. Всем больным выполнялось одно- и двухэтапное лечение в зависимости от размеров общего желчного протока, размера конкрементов и времени установления диагноза. Одноэтапное хирургическое лечение применяли у 11 (52,2%) больных с расширением общего желчного протока более 1,0 см в виде лапароскопической холецистэктомии, холедохолитотомии с дренированием холедоха по Kher. Двухэтапное лечение использовали при нерасширенном холедохе у 12 (47,8%) больных. При установлении диагноза до операции у 5 (21,7%) больных на первом этапе выполняли ЭПСТ и через 2-3 дня - лапароскопическую

холецистэктомию с дренированием общего желчного протока по Холстеду-Пиковскому. При выявлении холедохолитиаза во время операции у 7 (26%) больных операцию завершали лапароскопической холецистэктомией с дренированием общего желчного протока по Холстеду-Пиковскому, на втором этапе через 2-3 дня им выполнена ЭПСТ.

Заключение. Своевременная постановка диагноза, применение малоинвазивных технологии улучшили результаты лечения холедохолитиаза. Рациональные подходы к ревизии и санации желчных путей при холедохолитиазе позволяют при минимальной травме добиться радикального излечения.

Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Салихов Н.Н., Мукимов Ш.Г.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эффективность применения миниинвазивных технологий в хирургическом лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 18 (37,5%) больных с холедохолитиазом и нарушением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку с билирубинемией, не превышающей 100 мкмоль/л. Возраст больных варьировал от 24 до 79 лет. Мужчин было 7 (38,9%), женщин - 11 (61,1%).

Всем больным в предоперационном периоде диагноз холедохолитиаза был установлен по анамнестическим данным и результатам лабораторных, инструментальных методов исследования: фиброгастродуоденоскопия (с обязательной визуализацией большого сосочка двенадцатиперстной кишки), ультразвуковое исследование органов гепатопанкреатодуоденальной области, компьютерная и магнитно-резонансная томографии.

Хирургическое вмешательство включало эндоскопические и эндовидеохирургические манипуляции. Во всех случаях помимо осмотра и пальпации

инструментом общего желчного протока производили ревизию холедоха зондом, интраоперационную холангиографию и холедохоскопию.

Результаты и их обсуждение. Выбор тактики лечения зависел от наличия патологии большого дуоденального сосочка. Причиной желтухи у 6 (33,3%) больных был холедохолитиаз, им в один этап выполнена лапароскопическая холецистэктомия с холедохолитотомией и дренированием общего желчного протока по Kher – 2 (33,3%) и по Холстеду-Пиковскому – 4 (66,7%). Камни в большом дуоденальном сосочке (БДС) были единичные и множественные, локализовались они либо в устье, либо в канале БДС, а по отношению к стенке сосочка были смещаемые (обтекаемые) и ущемленные, но у большинства из них общий желчный проток был не расширен. Следует отметить, что суждение об отсутствии камней в холедохе и папилле только на основании нормальной ширины протоков неверно. В силу этого мы считаем, что при операциях на желчевыводящих протоках, особенно по поводу холелитиаза, во всех случаях (при отсутствии абсолютных противопоказаний) должна применяться

интраоперационная холангиография и/или холедохоскопия. Остальные методы диагностики менее информативны и менее достоверны.

Во всех случаях после одномоментной лапароскопической холедохолитотомии или двухмоментной лапароскопической холецистэктомии с эндоскопической папилосфинктеротомии с удалением камней холедоха производили контрольную фи-

стулохолангиографию с целью исключения резидуального холедохолитиаза.

Заключение. Комплексное дооперационное обследование и подготовка, внедрение в практику миниинвазивных хирургических технологий позволяют уменьшить травматичность вмешательства, улучшить результаты хирургического лечения больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой.

Мухидинов Ш.Д., Каримов С.М., Ашуров Г.Г.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭНДО-ПЕРИАПИКАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РАНЕЕ ЛЕЧЕНЫХ ЗУБОВ, РАСПОЛОЖЕННЫХ В ЭСТЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ЗОНЕ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Провести клинко-рентгенологическую оценку эндо-периапикального состояния ранее леченых зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне.

Материал и методы исследования. На терапевтическом приеме мы обследовали 320 пациентов (320 зубов) в возрасте от 20 до 50 лет, обратившихся после ранее проведенного эндодонтического лечения зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне, с диагнозом «хронический периодонтит» и «обострение хронического периодонтита».

Все пациенты были разделены на 2 группы – зубы, расположенные в эстетически значимых зонах, ранее запломбированные цинкоксид-эвгеноловой пастой и зубы, запломбированные резорцин-формалиновой пастой. Такой выбор объясняется тем, что эти две разновидности корневого пломбировочного материала составляют доминирующее большинство на терапевтическом поликлиническом приеме г. Душанбе. При ситуационном анализе ранее проведенного эндодонтического лечения нами выявлено, что из 320 зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне, 183 (57,2%) запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 137 (42,8%) – цинкоксид-эвгеноловой пастой.

Для дополнительного обследования всех зубов проводили рентгенографию.

Результаты и их обсуждение. По данным клинических наблюдений, 32,5% пациентов,

зубы которых в эстетически значимой зоне ранее пролечены эндодонтически по поводу хронического пульпита и обострения хронического пульпита в период 2018-2019 гг., предъявляли жалобы, характерные для обострения хронического периодонтита, такие как боль при накусывании и дотрагивании на причинный зуб, постоянная ноющая боль, ощущение «выросшего зуба», подвижность, боль на десне, отек по переходной складке, асимметрия лица.

По количеству зубов, расположенных в эстетически значимой зоне, при обострении заболевания превалировали зубы, корневые каналы которых ранее были запломбированы резорцин-формалиновой пастой (63 зуба, 60,6%), а также 41 (39,4%) зуб, в корневых каналах которых имелась цинкоксид-эвгеноловая паста. Основную группу зубов в обострении заболевания составило суммарное значение моляров верхней челюсти справа и слева (65 зуба, 62,5%), при этом 49 (75,4%) из них ранее запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 16 (24,6%) – цинкоксид-эвгеноловой пастой.

Премоляров верхней и нижней челюсти в указанном обострении было 23 (22,1% от общего количества зубов в обострении), из их числа 13 (56,5%) ранее запломбированы цинкоксид-эвгеноловой пастой и 10 (43,5%) – резорцин-формалиновой пастой. Функционально-ориентированных фронтальных групп зубов (клыков и резцов) на верхней и нижней челюсти было 16 (15,4%), из их числа

4 (25,0%) запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 12 (75,0%) – цинкоксид-эвгеноловой пастой.

Среди обследованных пациентов диагноз хронического периодонтита вне стадии обострения в зубах, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне, был поставлен 216 (67,5%) пациентам. Они либо не предъявляли никаких жалоб, либо их жалобы не связаны с ранее проведенным эндодонтическим лечением. От общего количества этих же пациентов 131 (60,6%) из них обратились с жалобами на скол зуба (пломбы), попадание пищи и/или травму слизистой щеки и/или языка острыми краями зубов. В этой группе пациентов без обострения хронического одонтогенного процесса всего зубов из их числа, запломбированных резорцин-формалиновой пастой, составила 110 (50,9%), цинкоксид-эвгеноловой пастой – 106 (49,1%).

Количество моляров на верхней челюсти составило 110 (50,9%), из которых 67 (60,9%) запломбированы резорцин-формалиновой

пастой и 43 (39,1%) – цинкоксид-эвгеноловой пастой, премоляров верхней и нижней челюсти – 78 (36,1%), из которых 40 (51,3%) запломбированы цинкоксид-эвгеноловой пастой и 38 (48,7%) – резорцин-формалиновой пастой. В группе пациентов вне обострения хронического периодонтита из 28 (13,0%) фронтальных зубов верхней и нижней челюстей 5 (17,9%) запломбированы резорцин-формалиновой пастой, 23 (82,1%) – цинкоксид-эвгеноловой.

Заключение. Таким образом, клинические данные нашего исследования, подтвержденные рентгенологически, указывают на высокий процент зубов, изначально некачественно леченых эндодонтически в эстетически значимой окклюзионной зоне, что привело к осложнениям в виде хронического периодонтита различной формы. В связи с вышесказанным разработку мер по улучшению эндодонтической помощи населению Республики Таджикистан является важной в обеспечении сохранности стоматологического здоровья нации.

Мухидинов Ш.Д., Каримов С.М., Исмоилов А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕФЕКТОВ В ЭСТЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ЗОНЕ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Провести ретроспективную оценку распространенности эстетических дефектов зубного ряда у населения Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Индивидуальные особенности «эстетически значимых окклюзионных зон» исследованы на этапе ретроспективного анализа 1260 «Комбинированных карт ВОЗ для стоматологического исследования и определения нуждаемости в лечении», заполненных учеными-стоматологами Республики Таджикистан в ходе клинико-эпидемиологического обследования стоматологического статуса в разных территориально-административных зонах проживания за последние 10 лет.

Результаты и их обсуждение. Решая поставленные задачи по вопросу ретроспективной оценки распространенности дефектов твердых тканей зубов, пришли к выводу, что

до 100% взрослого населения Республики Таджикистан имеют те или иные проблемы с зубами, расположенными в эстетически значимой окклюзионной зоне. Превалирующим заболеванием являются осложненные формы кариеса в виде пульпитов и периодонтитов указанной локализации.

По данным ситуационной оценки карт осмотра полости рта, среди обследованного контингента населения Республики Таджикистан отмечается наличие случаев некариозных поражений зубов, преимущественно расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне. Регистрируется особенно интенсивный рост частоты нарушений цвета эмали и структуры поверхности зубов указанной локализации. Лица с подобной патологией всегда нуждаются в эстетическом стоматологическом лечении. Распространенность указанной патологии среди населения

Республики Таджикистан составляла 38,8%. С возрастом увеличивается частота встречаемости нарушений структуры поверхности зубов. Так, в возрасте 20-29 лет эта патология регистрируется у 12,2% населения, в возрасте 30-39 лет - у 17,9%, а возрасте 40 лет и старше - у 29,3%.

Среди 20-29-летних лиц 18,4% оказались кариесрезистентными, не имея кариеса в зубах, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне. Иная картина наблюдалась среди 30-39-летних лиц - только лишь 11,7% оказались кариесрезистентным, при этом 56,5% нуждались в эстетическом пломбировании, минимальное количество осмотренных пациентов (7,1%), по данным карт осмотра полости рта, ранее подверглись эстетическому лечению. В возрасте 40 лет и старше значение исследуемых показателей составило соответственно 8,5%, 74,3% и 3,3%.

В разных территориально-административных зонах проживания нуждаемость населения республики варьирует в зависимости от региона проживания, рода деятельности, возраста, соматического состояния организма и ряда других факторов. Более всего нуждаются в эстетическом стоматологическом лечении жители Кухистон Мастчинского района (87,8%) [Бобоев К.Р., 2015]. Средняя нуждаемость в эстетическом стоматологическом лечении наблюдалась у пограничников

Российской Федерации, расквартированных в Республике Таджикистан (37,4%) [Розиев И.Х., 2003], у подростков и лиц юношеского возраста в республике (32,3%) [Юлдашев Ш.И., 2006], у лиц с сахарным диабетом (73,2%) [Джураева Ш.Ф., 2010] и дерматозах (43,4%) [Эгамова Ш.Б., 2011], у больных при разнонаправленных межсистемных нарушениях (69,2%) [Аминджанова З.Р.].

У различных профессиональных групп авиаработников Республики Таджикистан [Шокиров М.К., 2005] распространенность эстетических стоматологических дефектов сильно отличается. Так, нуждаемость авиаработников в эстетическом лечении, связанном с кариозными и некариозными поражениями, составляет всего лишь 14,4%.

Заключение. Как видно из приведенных исследований в Республике Таджикистан, их результаты значительно различаются. Это не позволяет однозначно высказаться относительно частоты встречаемости эстетической патологии рта, обнаруживаемой при рентгенологическом методе исследования. Поэтому нам кажется немаловажным анализ нуждаемости в эстетическом стоматологическом лечении, исходя из частоты встречаемости эндо-периапикальных поражений, которые требуют эндоканально-периапикального лечения именно в группе зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне.

Мухидинов Ш.Д., Юсупова З.Х., Файзов К.С., Исмоилов Ф.Н.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТЁРТОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель работы. Оптимизация методов, сроков подготовки и тактики ортопедического лечения пациентов с осложненными формами локализованной патологической стёртости твёрдых тканей зубов.

Материал и методы исследования. В клинике кафедры ортопедической стоматологии под нашим наблюдением находились 13 пациентов в возрасте от 30 до 61 года с осложнёнными формами локализованной патологической стёртости твёрдых тканей зубов, которым проводились клинико-рент-

генологические исследования, изготавливались диагностические модели, специальная подготовка и ортопедическое лечение современными конструкциями съёмных и несъёмных протезов.

Результаты и их обсуждение. Сопоставление клинических характеристик и патогенеза локализованной патологической стёртости позволило разделить всех пациентов на 2 основные группы. К 1-й группе относились больные (7 человек - 53,8%), у которых патологическая

стираемость сопровождалась снижением межжюккюзионной высоты, частичной вторичной адентией, осложнениями со стороны височно-нижнечелюстного сустава. Ко 2-ой группе относились 6 человек (46,2%), у которых наблюдалась вакатная гипертрофия альвеолярного отростка в области стёртых зубов или их антагонистов без нарушения целостности зубных рядов. На рентгеновских снимках первой группы отмечены признаки перегрузки стёртых зубов, гиперцементоз, патологические изменения периодонтальных тканей. Рентгенологическая картина пациентов 2 группы показывает, что, несмотря на гипертрофию

альвеолярного отростка, видимого увеличения костного вещества нет, наблюдается перестройка костных балочек. Пациентам 1-й группы предварительно восстанавливали физиологическую высоту прикуса, 2-й группе проводили постепенную дезоккюзию пластмассовой каппой.

Заключение. Сложность клинических проявлений патологической стираемости, разнообразие возникающих осложнений, наличие дефектов и деформаций зубных рядов, укорочения нижнего отдела лица требуют проявления индивидуального подхода к каждому обследуемому пациенту при подготовке к протезированию.

Назаров Ф.Н., Ёров У.У., Назарова Ш.Ф.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра общей хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить и анализировать результаты эндовидеохирургической операции при заболеваниях органов брюшной полости.

Материал и методы исследований. В период 1997-2018 гг. нами выполнено 51 повторное вмешательство при ранних и поздних осложнениях видеондехирургических операций.

Результаты и их обсуждение. К ранним осложнениям отнесены кровотечения из пузырьной артерии и ложа пузыря, которые отмечались у 40 (73%) больных. Кровотечение в 24 (60%) случаях было остановлено путем диатермокоагуляции и клипирования сосуда (60%). В 16 (40%) случаях из-за неэффективности эндоскопического гемостаза возникла необходимость перехода на лапаротомию с последующей остановкой кровотечения.

Травма холедоха наблюдалась у 4 пациентов (0,27%) потребовавшая во всех случаях перехода к лапаротомии, где была установлена её причина: в 3 случаях механическое повреждение клипсами; в одном вследствие диатермокоагуляции. У всех больных восстановление холедоха проведено путем его ушивания на Т-образном дренаже. Лишь у одного больного нами отмечено повреждение двенадцатиперстной кишки. Ему про-

ведена лапаротомия, холецистэктомия с ушиванием двенадцатиперстной кишки двухрядным швом и дренированием подпеченочного пространства. Послеоперационный исход был благоприятный. Необходимо подчеркнуть, что в основном вышеуказанные осложнения регистрировались на этапе освоения и внедрения эндовидеохирургической технологии.

Гемоперитонеум (3) и биломы (4) послужили показанием к релапароскопии с санацией и дополнительным дренированием у 7 больных. У 3 их них, кроме того, проведено дополнительное клипирование пузырьного протока и ветвей артерии. Двое больных были оперированы повторно после ЛХЭ, выполненных в других клиниках. У одной после ЛХЭ с конверсией по поводу кровотечения был вскрыт подпеченочный абсцесс. У другого через 1,5 года после ЛХЭ был удален камень холедоха размером 2,4 × 1,3 см.

Заключение. Следует отметить, что летальных исходов после повторных операций не было. Однако моральный ущерб и материальные затраты остаются весьма высокими. Одномоментные повторные вмешательства, исключающие продолжительное лечение, способствуют улучшению качества жизни пациентов.

Назаров Х.Н.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ЗАКРЫТЫМ БЛОКИРУЮЩИМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМ ОСТЕОСИНТЕЗОМ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО РАЗВИТИЯ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Хатлонская областная клиническая больница имени Б. Вахидова, г. Бохтар

Актуальность. Остеосинтез переломов длинных костей нижних конечностей характеризуется высоким процентом осложнений, таких как нагноение, жировая эмболия, остеомиелит, псевдоартроз, поломка фиксатора и последующая миграция на мягкие ткани. Избежать подобных проблем позволяет использование малоинвазивных методов остеосинтеза, в частности закрытый интрамедуллярный остеосинтез с блокированием, применение которого позволяет достичь прочной фиксации отломков без нарушения их кровоснабжения. Применение блокированного закрытого интрамедуллярного остеосинтеза сокращает время оперативного вмешательства, обеспечивает анатомическое малотравматичное вправление костей, создаёт необходимую контролируемую компрессию, благоприятные условия для сращения, ранней социальной и бытовой адаптации больных и восстановить их работоспособность.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с переломами длинных костей на основании их анализа, изучения ошибок и осложнений.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе лечения 177 пациентов со 183 переломами длинных костей конечностей (ПДКК). Из них 104 пострадавших с сочетанной и множественной травмой, имевших 110 ПДКК, 73 больных - с изолированным ПДКК. Все пациенты проходили лечение в период с 2013 по 2018 гг. Мужчины составили 76% пострадавших. Средний возраст пациентов $38 \pm 0,62$ лет. Переломы бедренной кости были в 88 случаях, переломы костей голени - в 87 случаях, в 8 - переломы плечевой кости. Открытые переломы I степени были в 12 случаях, II-III степени по R. Gustilo и J. Anderson определены при 7 ПДКК.

Для остеосинтеза использованы титановые интрамедуллярные имплантаты производства «Chm» (Польша). Методика выполнения остеосинтеза соответствует

хирургической технике, рекомендованной производителем имплантатов.

Результаты и их обсуждение. Аппараты наружной фиксации (АНФ) применены у 16 больных как промежуточный метод фиксации, которые заменены имплантатами БИОС «Chm» (Польша). Методика закрытого интрамедуллярного остеосинтеза штифтами с блокированием «Chm» (Польша) применена первично у 151 пациента с 167 ПДКК (бедро - 80, голень - 79, плечо - 8). Остеосинтез мы выполняли на 3-5 сутки с момента поступления пациентов, после стабилизации гемодинамики. В случае открытых переломов выполняли первичную хирургическую обработку ран, стабилизацию переломов в день поступления осуществляли при помощи аппаратов внешней фиксации или скелетного вытяжения. Остеосинтез с блокированием выполнен на 6-10 сутки с момента травмы при отсутствии признаков инфицирования ран. У двух пациентов с открытым переломом бедренной кости остеосинтез был выполнен первично при поступлении. В послеоперационном периоде у больных с закрытым интрамедуллярным остеосинтезом штифтами проводилась эластичная компрессия оперированных конечностей до полной мобилизации пациента. У пациентов значительно сократилась потребность в переливании компонентов донорской крови, уменьшилась потребность в антибиотиках. Пассивные движения в суставах оперированной конечности начинали на вторые сутки с момента операции. Решение об осевой нагрузке принимали индивидуально у каждого пациента в зависимости от типа и локализации перелома, наличия сопутствующих повреждений и их тяжести.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены у 142 (80,2%) пострадавших со 146 (79,8%) ПДКК. У пациентов, которым был применён закрытый интрамедуллярный остеосинтез штифтами, осложнения в виде несращений и ложных суставов, анатомо-функциональных, а также тром-

боэмболических осложнений значительно снизились до 6,3% и 3,8% соответственно.

Заключение. Применение закрытого интрамедуллярного остеосинтеза штифтами способствовало снижению осложнений

со стороны металлоконструкций и раневых осложнений при открытых переломах, несращениях и ложных суставах, анатомо-функциональных, а также тромбоэмболических осложнений.

¹Назаров Х.Н., ¹Назаров Ф.Н., ²Мирзоев Р.Р.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ АРТРОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

¹Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Медицинский центр «Хатлон», г. Бохтар

Актуальность. Артроскопия при патологии связочно-капсульного аппарата коленного сустава на сегодняшний день является не только самым точным и информативным методом ранней диагностики, но и наиболее эффективным способом лечения данной области. Коленный сустав издавна считается самым уязвимым суставом человеческого тела, его травмы занимают первое место и составляют 5,0% среди всех повреждений опорно-двигательного аппарата и 50% среди повреждений всех суставов. Из мягкотканых структур коленного сустава в 45-50% страдает мениск. Частота развития деформирующего остеоартроза и остеохондропатии также довольно часто встречается в коленном суставе. С применением современных технологий в области травматологии и ортопедии достигнуты определенные успехи. Коленный сустав, пожалуй, единственный сустав, где накоплен наибольший опыт при артроскопических операциях. Это и обуславливает перспективность и популярность данного метода в снижении инвазивности, бескровности, достоверности в диагностике и уменьшение койко-дней.

Цель исследования. Оптимизация диагностики и эффективности артроскопического лечения при повреждениях и заболеваниях коленного сустава.

Материал и методы исследования. В медицинском центре г. Бохтар в период с 2010 по 2018 годы выполнено 510 артроскопических вмешательств на коленных суставах. Проперировано 152 женщины и 358 мужчин, средний возраст 36 лет (от 18 до 68 лет). Все операции выполнены артроскопом и инструментами производства фирмы «Karl Stors» (4

мм, 30°) в жидкостной среде изотонического раствора хлористого натрия.

Результаты и их обсуждение. Выполнено 370 артроскопических резекций менисков (внутренние составили 250, наружные - 77, оба вида - 43). В 26 случаях удалены свободные внутрисуставные хондромные и в 6 случаях инородные (кусочки стекла и заноза) тела. У 4 пациентов с внутрисуставными хондромными и инородными телами клиническая симптоматика симулировала внутрисуставные повреждения. В 23 случаях выявлено частичное повреждение передней крестообразной связки (ПКС), у 11 пациентов имелось изолированное повреждение, а в 12 случаях сопутствовало повреждение менисков. Во всех случаях произведена резекция поврежденного участка. У 15 пациентов установлены спайки в верхнем завороте и произведено рассечение спаек. Надо отметить, что в 8 случаях спайки отмечались, как изолированная патология коленного сустава, а в 6 случаях спайки сочетались с повреждением менисков (4) и хондромалацией (2). У 130 больных установлен диагноз: «Деформирующий артроз (ДФА) коленного сустава с хондромалацией и хондропатией мышечков бедра и большеберцовой кости»: I - II степени тяжести - у 90, III - у 25 и IV степени - у 25 пациентов. И в этом случае у 25 пациентов хондромалацию сопровождало повреждение менисков (16), крестообразных связок (5) и внутрисуставные хондромные тела (4). Необходимо отметить, что у 83 пациентов с ДФА и хондропатией мышечков бедра и большеберцовой кости до операции артроскопии было установлено повреждение менисков. Суставы очищали от хондромалаций промыванием 6-8 литрами изотонического

раствора, удалены частично отделенные фрагменты, в 8 случаях произведена ретроградная туннелизация склерозированного участка и у 5 пациентов произведена рефиксация костно-хрящевого фрагмента.

Послеоперационный период в 97,4% случаев проходил гладко, в остальных случаях отмечались послеоперационные синовиты или гемартроз, которые легко купировались пункцией коленного сустава.

Таким образом, у 104 (20,4%) пациентов заключительный диагноз был установлен после артроскопии. Это указывает на то, что без современной технологии они могли быть подвергнуты напрасной артротомии.

Заключение. Для диагностики и лечения повреждений и заболеваний коленного сустава артроскопические операции должны шире использоваться в практике, при этом целесообразней проводить артроскопию в

ранние сроки после получения травмы или развития заболеваний крупных суставов, что предотвращает дальнейшее повреждение суставного хряща и позволяет улучшить результаты лечения.

Оснащение травматологических отделений (либо центров) артроскопической техникой с целью оптимизации диагностики и лечения больных с внутрисуставными повреждениями и заболеваниями является не только экономически выгодным для лечебно-профилактических учреждений, но и позволяет оказывать высококвалифицированную помощь данному контингенту больных. Применение малоинвазивных хирургических вмешательств у больных с ДФА коленного сустава является «золотым» стандартом, позволяет улучшить качество жизни пациентов и отсрочить выполнение эндопротезирования.

Назаров Ш.Х., Гульмурадov Т.Г., Бурханов Ш.Ш., Курбанов Д.Ф.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКСОМЫ ПРЕДСЕРДИЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»
Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценка эффективности диагностики и хирургического лечения миксомы сердца.

Материал и методы исследования. В Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии за период с 2005 по 2018 гг. обследованы 20 больных с миксомой предсердия в возрасте от 13 до 65 лет (средний возраст составил 38,4 года). Мужчин было 7, женщин - 13. При поступлении большинство больных беспокоили одышка и сердцебиение (15), боли в области сердца (5). У 3 больных в анамнезе был ишемический инсульт с левосторонней гемиплегией (2) и бульбарным синдромом (1).

Диагноз верифицировался на основании клинических, лабораторных, морфологических, рентгенологических исследований, ЭхоКГ и КТ.

Результаты и их обсуждение. По данным лабораторных исследований, у 11 больных обнаружена анемия, у 7 – повышение СОЭ до 32 - 69 мм/час. На рентгенограммах грудной клетки отмечалось расширение тени сердца (9)

и застойные явления в малом круге кровообращения (16). По эхокардиографическим данным у 4 больных миксома располагалась в правом предсердии, а у 16 – в левом. Фракция выброса при поступлении у 6 больных была в пределах 55-60%, у остальных 14 - выше 60%. Размеры левого предсердия у большинства (15) колебались в пределах 40-54 мм. Размеры правого предсердия у 14 больных были выше нормальных значений и колебались от 47 до 50 мм.

У всех больных выявлены признаки относительного митрального стеноза с регургитацией I-II степеней, а у 13 обследованных была регургитация на трехстворчатом клапане II-III степеней.

Размеры опухоли в 9 наблюдениях колебались от 24 × 13 мм до 57 × 33 мм. У 11 больных размеры миксомы были внушительными и колебались от 61 × 21 мм до 100 × 80 мм.

Удаление миксомы предсердий выполнялось в условиях искусственного кровообращения (ИК) и фармакоологической кардиоopleгии. Во всех случаях производили иссечение опухоли с её основанием. Дефект

межпредсердной перегородки восстанавливали с помощью заплаты из аутоперикарда.

Миксомы имели сосочковое и гроздьевидное строение.

Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, заживление раны было первичным натяжением. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. В отдаленные сроки до 6 лет рецидива заболевания не было.

Заключение. Наиболее информативными методами диагностики миксомы предсердий являются ЭхоКГ и КТ. Иссечение миксомы с её основанием с последующей пластикой создавшегося дефекта межпредсердной перегородки в условиях ИК с фармакоологической кардиopleгии является методом выбора хирургического лечения.

Назирова С.Н., Бахриев И.И., Вафоев З.Б., Хайрудинов М.Р.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ СМЕРТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ УТОПЛЕНИЯ

Кафедра судебной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра судебной медицины и медицинского права ТМА, РУз

Цель исследования. Характеристика микроскопических исследований органов и тканей погибших от утопления.

Материал и методы исследования. Нами изучено 37 случаев смерти лиц обоего пола (возраст 3-61 лет), наступившей от утопления в 2015-2017 гг.

В преобладающем большинстве случаев наблюдений давность смерти не превышала 1-2 суток. В ходе исследования произведен анализ протоколов судебно-медицинского исследования трупа и заключений эксперта, проведено гистологическое исследование органов и тканей (головной мозг, легкие). Толщина срезов составила около 10 мкм, использовали окраску гематоксилином и эозином, избирательно – по Ван-Гизону и суданом III.

Результаты и их обсуждение. При судебно-гистологическом исследовании легких установлены следующие морфологические изменения. В просветах бронхов наблюдается частично десквамированный эпителий с неравномерным накоплением секрета в бокаловидных клетках, утолщением эпителиального пласта, вытягиванием ядер. Эмфизема легочной паренхимы локализована в верхних долях и периферических участках. Межальвеолярные перегородки укорочены, альвеолы дугообразной или полусферической формы, контуры альвеолярных ходов сглажены. Артерии, артериолы легких спазмированы, неравномерно кровенаполнены. Расстройство кровообращения наиболее полно представ-

лено на уровне сосудов микроциркуляторного русла.

При гистологическом исследовании также изучали состояние кровеносных сосудов (тонус сосудистой стенки, кровенаполнение, кровоизлияния), состояние нервных клеток коры головного мозга. Изменения нервных клеток заключались в остром набухании и деформации тел нейронов, зернистом распаде, пикнозе ядер, кариорексисе, утолщении и укорочении отростков нервных клеток. Во всех исследуемых случаях обнаружено полнокровие сосудов мозга, выраженный периваскулярный и перичеллюлярный отек. Кровоизлияния в мозговые оболочки и в ткань мозга были менее выражены. Отмечалось изменение отростков нейронов: отростки укорочены и утолщены. Изменение ядер и нейронов также отмечалось во всех исследуемых случаях в виде изменений величины нейронов и ядер, эксцентричного расположения ядер, кариопикноза и кариолизиса.

Заключение. При смерти от утопления отмечается преобладание эмфиземы паренхимы легких над небольшими очагами ателектазов. Межальвеолярные перегородки нитевидны, их капилляры спавшиеся. В очагах отека артериолы спазмированы, неравномерно кровенаполнены. Также отмечается резкое полнокровие, расширение и отек сосудов оболочек мозга, сосудов основания и ткани мозга, отек вещества мозга, изменение величины нейронов и ядер, укорочение и утолщение отростков нейронов.

Назиров С.Н., Хайрудинов М.Р., Шарифов М.М.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Кафедра судебной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение механизма и морфологических признаков переломов длинных трубчатых костей, возникших при переезде колеса автомобиля через конечность потерпевшего.

Материал и методы исследования. Исследование проведено в 32 наблюдениях трупов мужчин и женщин в возрасте от 7 до 68 лет с переломами костей конечностей, которые возникли от воздействия автотранспорта.

Результаты и их обсуждение. Переломы, возникшие при переезде колеса автомобиля, нередко обладали сходством с переломами длинных трубчатых костей от ударов так называемыми широкими тупыми предметами. Переломы при переезде колеса грузового или даже легкового автомобиля через бедро были крупнооскольчатыми. Для таких переломов характерно образование крупного отломка, имевшего в профиль неправильную треугольную форму, широкое основание (6-12 см), небольшую высоту. Иногда один из концов треугольного отломка резко вытянут вдоль длинной оси кости. Веерообразные трещины при таком переломе распространялись вдоль кости и на значительном протяжении нередко имели прямое направление параллельно длинной оси кости. Основание треугольного отломка на поверхности кости, соответствующее вогнутой стороне дуги сгибания, в ряде случаев оказывалось разделенным продольной трещиной.

В ряде случаев при переезде колеса автомобиля отмечалось не только сдавление, но и вращение кости вокруг продольной оси. Наиболее отчетливо вращательные переломы были выражены при переезде

колеса через голень: винтообразный перелом большеберцовой кости и двойной перелом малоберцовой кости. На последней возникали два винтообразных перелома, соединявшихся между собой продольной трещиной, образовывавшей два продольных отломка описанного не характерно ни для удара широким предметом, ни для вращения голени без поперечного ее сдавления.

При переезде колеса грузового автомобиля через плечо пострадавшего в одном из наших наблюдений был обнаружен тройной перелом, располагавшийся на всем протяжении диафиза плечевой кости. Каждый из этих трех переломов начинался на выпуклой стороне дуги сгибания кости, все они имели косо-поперечное направление в одну сторону. Образовавшиеся между ними два отломка были разделены продольно дугообразными линиями, выпуклостью обращенными в сторону вогнутой поверхности кости и соединявшимися с косо-поперечными переломами под углами, открытыми в ту же сторону.

Заключение. Приведенные данные свидетельствуют о том, что переломы длинных трубчатых костей, возникающие при переезде колеса автомобиля через конечность, нередко обладают рядом морфологических особенностей, не наблюдающихся при других обстоятельствах, например, при ударах узкими предметами, падениях на вытянутую руку или ногу. Во многих случаях они четко отличаются и от ударов широкими предметами (например, при ударе бампером машины), что создает возможность для более надежной дифференциации механизма их возникновения.

Нарзулов В.А., Мукимов А.А.

ЗАМЕЩЕНИЕ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТАМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Разработка способов профилактики интра- и послеоперационных воспалительных осложнений костной трансплантации при хирургическом лечении у больных с костными патологиями скелета.

Материал и методы исследования. У больных с остеогенными опухолями скелета после выполнения операций на костях скелета образовавшиеся дефекты костей замещались костным ксенотрансплантатом из ребра теленка, консервированного в 0,5% растворе формалина с добавлением 0,01% раствора флавоноидов, 4%

Результаты и их обсуждение. Вышеуказанным способом нами проведена ксенопластика 280 больным с остеогенными опухолями скелета, из них с костной патологией конечностей – 252 (90,0%), лицевого отдела – 28 (10,0%). Средний возраст больных составил 55,8 года, диапазон возраста находился в пределах 6 - 75 лет. После операций на костях образовавшиеся дефекты костей были замещены ксенотрансплантатами, консервированными в 0,5% растворе формалина с добавлением 0,01% раствора флавоноидов, 4% гентамицина. Заживление послеопера-

ционных ран почти у всех пациентов происходило первичным натяжением, лишь у 3 больных отмечена реакция отторжения ксенотрансплантата, который был удален, и заживление послеоперационной раны происходило вторичным натяжением. Очевидно преимущество ксенотрансплантата на основе формалина – флавоноидов с добавлением за восемь часов до операции на ксенотрансплантат гентамицина на физиологическом растворе, который хорошо имbibуруется ребром теленка и способствует предупреждению инфекции при выполнении операции в контаминированных условиях, предупреждает развитие гнойно-воспалительных процессов в послеоперационной ране, а при её наличии снижает их отрицательное воздействие.

Заключение. Применение данной методики способствует усовершенствованию способов хирургического лечения опухолей остеогенной природы и предопределяет успех костнопластических операций на костях скелета. Этот способ также сокращает время операции, позволяя проводить вмешательство даже при перифокальном воспалительном процессе.

Одинаева М.С., Файзуллаева М.Ф., Маджитов Ф.К., Хомидов И.Т.

УСТРАНЕНИЕ «ГИНГИВИАЛЬНОЙ УЛЫБКИ» В ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОТКРЫТОЙ РИНОПЛАСТИКИ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Актуальность. Десневая улыбка – это избыточная визуализация десневой ткани. Чрезмерная визуализация тканей десны компрометирует внешний вид улыбки: так, уже наличие более чем 3 мм мягких тканей в структуре эстетического профиля оценивается пациентами как нарушение эстетически приемлемого состояния.

По статистике, она свойственна каждому 14-му мужчине и в два раза чаще встречается у женщин. Явление характеризуется избыточным обнажением десны верхней челюсти (более 1,5-2 мм) при широкой улыбке. Нос является наиболее частым объектом пластических и восстановительных оперативных вмешательств с целью исправлений и изменений его врождённых и приобретённых дефектов и деформаций. Приобретённые

дефекты и деформации носа, прежде всего, связаны с центральным местоположением и выступанием его над уровнем окружающих тканей, в связи с чем травмы носа приходится наблюдать относительно чаще, чем травмы других частей лица, и в большинстве случаев они оказываются наиболее тяжёлыми. Застарелые переломы носа нередко приводят к посттравматическим деформациям носовой перегородки в результате утолщения и смещения костной и хрящевой её части, а также искривлению внешней формы носа относительно срединной линии. Искривления костного отдела перегородки бывают в виде горба, одностороннего вдавливания ската, двустороннего искривления скатов и искривления корня носа. К искривлению хрящевого отдела перегородки приводит

смещение четырёхугольного хряща относительно передней носовой кости верхней челюсти. Также имеются деформации носа в сочетании с гингивальной улыбкой.

Цель исследования. Изучить эффективность устранения гингивальной улыбки при открытой септоринопластике у больных с деформацией носа в сочетании с гингивальной улыбкой.

Материал и методы исследования. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе с 2016 года по 2018 год оперировано 47 больных с деформацией носа, сочетающейся с гингивальной улыбкой. Возраст больных колебался от 18 лет до 38 лет. Мужчин было 8 (17%), женщин – 39 (83%).

Всем больным до госпитализации в амбулаторных условиях проводили всестороннее обследование. Оперативное вмешательство всем пациентам выполнено под общим эндотрахеальным наркозом. Деформацию носа устраняли техникой открытой ринопластики. Объём операции зависел от наличия деформаций структур носа. Для устранения

гингивальной улыбки пользовались тем же доступом, что и для открытой ринопластики. Через рану доступом к каудальной части перегородочного хряща обнажается *m. depressor septum nasi* и производится её резекция.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде больным назначали антибиотики, обезболивающие препараты, глазные капли, ежедневные перевязки. Ранний послеоперационный период во всех случаях протекал гладко. Осложнений не было отмечено. Отдалённый послеоперационный период в сроках от 6 месяцев до 2 лет прослежен у 38 больных (80,9%). У всех наблюдавшихся больных результаты были хорошими, деформация носа и гингивальная улыбка устранились у всех пациентов.

Заключение. Таким образом, открытая ринопластика с резекцией мышцы, опускающей перегородку носа, при деформациях носа в сочетании с гингивальной улыбкой позволяют достичь значительного улучшения эстетических характеристик наружного носа и устранения гингивальной улыбки.

¹Олими М., ¹Амонов Ш.Ш., ¹Исхаки Ф.Ю., ²Абдурахимов И.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов клинического обследования и хирургического лечения 21 больного с желчнокаменной болезнью, страдающих ишемической болезнью сердца и находившихся на стационарном лечении в отделении эндоскопической хирургии РНЦССХ с 2014-2019 годы.

В зависимости от выбора способа хирургического лечения больные были разделены на две группы: I составили 16 (76,2%) пациентов, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия из

стандартного 4-портового доступа (ЛХЭ) и II – 5 (23,8%) случаев, когда операция была выполнена из трансректального доступа с использованием набора инструмента «Мини-Ассистент» (МД).

В экстренном порядке с острой формой ЖКБ было оперировано 6 (28,6%) больных. Из них: водянка желчного пузыря - 3 (14,3%), эмпиема желчного пузыря - 2 (9,5%) и перивезикальный инфильтрат - 1 (4,8%). Холедохолитиаз отмечен у 2 (9,5%) больных, в обоих случаях пациенты поступили в стационар с желтухой легкой и средней степени выраженности.

Из сопутствующих заболеваний в анализируемых группах у всех больных была ишемическая болезнь сердца с артери-

альной гипертензией. Шестерым (28,6%) были проведены реваскуляризованные операции на сердце: 5 (23,8%) - после стентирования коронарных артерий и в одном случае (4,8%) - аорто-коронарного шунтирования.

Все больные ежедневно принимали антикоагулянтные и антиагрегантные препараты: аспирин – 14 (66,7%) больные, клопидогрел – 4 (19,0%) и варфарин – 3 (14,3%).

Задачи обследования и лечения больных решали путем комбинированного и последовательного применения комплекса клиничко-лабораторных, инструментальных и эндоскопических исследований. Вопрос об экстренности операции решали в зависимости от общего состояния больных, оценка функции сердца (ЭхоКГ, ЭКГ), системы дыхания (ФВД), свертывающей системы и вида принимаемого антикоагулянтного и антиагрегантного препарата.

Такой подход позволил выделить ситуации, которые требовали консервативного лечения на первом этапе и разработать дооперационные критерии отбора пациентов для различных видов, доступа оперативного вмешательства при ЖКБ.

Для послеоперационной оценки функции сердца больным было проведено комплекс-

ное инструментальное исследование работы сердца.

Результаты и их обсуждение. Продолжительность холецистэктомии из минидоступа составила в среднем 53 ± 10 мин и при ЛХЭ составила $48,5 \pm 3,5$ мин.

Интраоперационные осложнения не отмечены.

У 13 (61,9%) больных после выполнения операции отмечалось улучшение общего состояния больных, уменьшение жалоб со стороны работы сердца и стабилизация уровня артериального давления до нормальных цифр. У остальных 8 (30,1%) жалобы больных со стороны работы сердца не изменились.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре после холецистэктомии из МД составила 5 ± 2 койко-дня, при ЛХЭ – $4,0 \pm 1$ койко-дня. Среди пациентов летальных исходов не было.

Заключение. Проведение холецистэктомии у больных холелитиазом с сопутствующей ишемической болезнью сердца способно нормализовать некоторые функциональные параметры миокарда (сократительную способность и сердечный выброс) и уменьшать частоту кризов артериальной гипертензии, причиной которой в данных случаях является желчные колики.

¹Олими М., ¹Амонов Ш.Ш., ¹Бокиев Ф.Б., ²Абдурахимов И.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С СУБ- И ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения острого калькулезного холецистита у больных с суб- и декомпенсированной сердечной недостаточностью путем разработки дифференцированной лечебной тактики.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов клинического обследования и хирургического лечения 68 больных с ОКХ с суб- и декомпенсированной сердечной недостаточностью, находившихся на стационарном лечении в отделении эндоскопической хирургии РНЦССХ с 2013-2019 годы.

Средний возраст больных составил $68,9 \pm 14,8$ лет. В исследуемой группе преобладали пациенты женского пола - 49 (72,0%).

Объем обследования в стационаре был следующим: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический (общий и связанный билирубин, липидограмма), коагулограмма, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, фиброгастроудоденоскопия (ФГДС), Эхо-КГ, осмотр кардиолога.

6 (5,4%) больным для исключения холедо-холитиаза применяли магнитно-резонансную холангиопакреатографию (МРХПГ).

Среди исследуемых больных ОКХ с ишемической болезнью сердца (ИБС) наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией были следующие проявления: стенокардия напряжения III или IV функционального класса – у 9 (13,2%), постинфарктный кардиосклероз – у 8 (11,8%). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III или IV ф. к. – у 5 (7,35%). Артериальная гипертензия III степени имела у 23 (36,8%) пациентов. Различные нарушения ритма и проводимости сердца отмечены у 18 (26,6%) пациентов, у одного пациента (1,5%) выявлена дилатационная кардиомиопатия.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) из стандартного 4-портового доступа выполнена 34 пациентам (50%). Холецистэктомия из трансректального доступа с использованием набора инструмента «Мини-Ассистент» произведена 26 пациентам (38,2%). Традиционная холецистэктомия из верхнесрединного доступа выполнена 8 (11,8%) больным, что связано с различными осложнениями ОКХ (перивезикальный абсцесс в 3 случаях, холедохолитиаз у 3 пациентов и др.), у 2 больных с конверсией доступа при лапароскопии.

Результаты и их обсуждение. Продолжительность холецистэктомии при лапароскопии составила $54,0 \pm 5,5$ мин, из мини-доступа – 50 ± 11 мин, из верхнесрединного доступа – 75 ± 12 мин.

Интраоперационные осложнения не отмечены.

При традиционной холецистэктомии у 3-х больных развилось местное осложнение в виде инфильтрата в области раны и у 2-х – нагноение послеоперационной раны. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после ЛХЭ – 5 ± 2 койко-дня, холецистэктомии из МД – 6 ± 3 койко-дня, из ВСД – 9 ± 3 койко-дня. Летальный исход наблюдался у 2-х больных (2,9%) после лапароскопической холецистэктомии, причиной чего было острый коронарный синдром и ТЭЛА.

Заключение. ЛСХЭ с применением минимального внутрибрюшного давления до 8-9 мм рт. ст. является наиболее щадящим методом малоинвазивного лечения острого калькулезного холецистита у больных с средним операционным риском. При наличии противопоказаний для создания повышенного внутрибрюшного давления и у больных с высоким операционным риском должна применяться холецистэктомия из минилапаротомного доступа. У больных ОКХ с суб- и декомпенсированной сердечной недостаточностью при развитии осложнений (перивезикальный инфильтрат, абсцесс, перфорация желчного пузыря, механическая желтуха) и высоком риске повреждения желчевыводящих путей лапаротомия должна быть альтернативным методом лечения.

¹Олимов А.М., ²Сафаров С.А., ³Рабиев Д.Т., ¹Назаров Н.М.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

³Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение особенностей клиники, диагностики и лечения больных с невралгией тройничного нерва.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и лечения 12 больных с невралгией тройничного нерва, находившихся на стационарном лечении в отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии Государственного учреждения «Национальный медицинский центр Шифобахш» за

период 2015-2018 годов. Возраст больных варьировал от 45 до 60 лет. Среди больных женщин составляли 9 (75,0%), мужчин – 3 (25,0%).

Больным проведено клиничко-лабораторное исследование (общий анализ крови, биохимический анализ крови, рентгенография (ОПГ, КТ, МРТ), одонтодиагностику и др. методы исследования. При необходимости больные проконсультированы невропатологом и нейрохирургом.

Для оценки функционального состояния тройничного нерва использовали исследование конъюнктивального, корнеального, надбровного и нижнечелюстного рефлексов. Исследование конъюнктивального и корнеального рефлексов производится путем легкого прикосновения полоской бумаги или кусочком ваты в конъюнктиве или роговице, в результате чего происходит смыкание век. Надбровный рефлекс вызывается ударом молоточка по переносице или надбровной дуге (также происходит смыкание век). Нижнечелюстной рефлекс исследуется путем постукивания молоточком по подбородку при слегка открытом рте (происходит смыкание челюстей в результате сокращения жевательных мышц).

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного исследования, наиболее часто встречался поражение 3-й ветви тройничного нерва (n. mandibularis) - у 8 больных (66,7%) и редко - 2-й ветви тройничного нерва (n. maxillaris) - у 3-х больных (25,0,1%). Сочетанное поражение 2-3-й ветвей тройничного нерва встречалось у одного больного (8,3%).

Среди больных данной категории у 4 (33,3%) выявлены конъюнктивальный и корнеальный рефлекс, у 6 (50,0%) - надбровный

рефлекс, нижнечелюстной рефлекс - у 2 больных (16,7%).

В последние годы в патогенезе симптоматической невралгии тройничного нерва большое значение стали предавать компрессии тройничного нерва близлежащими сосудами. По данным Н.Н. Яхно (2000), у большинства больных обнаруживается сдавление тройничного нерва в области его выхода из моста мозга крупной артерией. В редких случаях нерв сдавливается веной, артериовенозной мальформацией или опухолью. В процессе работы у 2 больных нами выявлена данная патология при проведении МРТ. В последующем они были отправлены в нейрохирургическое отделение для дальнейшего лечения.

Лечение больных с невралгией тройничного нерва в острой стадии заключалось в блокаде нерва с помощью обезболивающих средств (артикаин 4%, лидокаин 2%) с последующей алкоголизацией. Также больные получали нейротропные витамины, противоэпилептические, антигистаминные, седативные препараты и физиотерапевтическое лечение.

Заключение. Таким образом, комплексное лечение невралгии тройничного нерва способствует повышению эффективности реабилитационных мероприятий.

Очилзода А.А., Кахарова Г.Р., Мухитдинова М.А., Атаханова Ф.И.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА НА ФОНЕ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ Г. ХУДЖАНД

Городской центр здоровья № 2, г. Худжанд
Областная клиническая детская больница, г. Худжанд

Цель исследования. Изучение особенностей течения и лечения острого среднего отита на фоне кишечной инфекции у детей в условиях пункта оральной регидратации городского центра здоровья.

Материал и методы исследования. Нами в условиях пункта оральной регидратации Городского центра здоровья г. Худжанда за период 2013 – 2018 гг. обследовано 60 детей с острым средним отитом в возрасте до года, мальчиков – 45 (75,0%), девочек – 15 (25,0%). По возрастным группам они распределялись следующим группам: до 1 года - 32 (53,3%), 1-3 года – 28 (46,6%) детей;

Всем детям кроме тщательного оториноларингологического исследования были проведены: осмотр ЛОР-органов, при наличии гнойного отита - определение микрофлоры из отделяемого из уха с чувствительностью к антибиотикам, 15 (25,0%) больным детям проводили рентгенологическое исследование сосцевидного отростка; выполнялись также общепринятые исследования (общий анализ крови, мочи, бактериологические и биохимические исследования) и консультации педиатра.

Результаты и их обсуждение. У детей с острым воспалением среднего уха на фоне

кишечной инфекции мы применяли традиционные методы лечения: местное лечение острого отита было направлено на улучшение оттока экссудата из барабанной полости или на его рассасывание, производили промывание носовой полости по Проетцу, по показаниям выполняли разрез барабанной перепонки с помощью парацентезной иглы (парацентез) с целью обеспечения оттока, комплекс медикаментозных средств - стимулирующие, десенсибилизирующие и антибактериальные препараты, а также мероприятия, направленные на нормализацию функции желудочно-кишечного тракта (всем 60 детям для нормализации обменных процессов, при развитии обезвоживания проводили комплекс мероприятий по регидратации). В целях обеспечения питания и дезинтоксикации в условиях пункта оральной регидратации проводили общеукрепляющую и стимулирующую терапию, внутривенно капельно вводили изотонический раствор натрия хлорида или равный его объему 5 % раствор глюкозы в количестве 1000-1500 мл.

Под влиянием вышеперечисленного лечения общее состояние больных улуч-

шалось. Барабанная перепонка быстро приобретала нормальный цвет, отмечалось улучшение в течение основного заболевания, нормализовались показатели крови. Активная консервативная терапия острого среднего отита на фоне кишечной инфекции у детей грудного возраста способствовала снижению частоты хирургических вмешательств. Из 60 детей у 2 (3,3%) был заподозрен отоанtrit, в связи с чем ребенок был направлен в Согдийскую областную клиническую больницу в детское ЛОР-отделение, где выполнена антротомия.

Заключение. Таким образом, кишечная инфекция у детей от 1 года до 3 лет способствует нарушению иммунной системы, обуславливает возникновение и развитие острого среднего отита, степень выраженности которого зависит от течения основного заболевания. Своевременно и правильно выбранная тактика лечения в контакте с педиатром в условиях пункта оральной регидратации Городских центров здоровья приводит к быстрому излечению отита и положительно влияет на течение основного заболевания.

¹Раджабов Д.Р., ^{1,2}Султанов Д.Д., Шахсаворбеков А.Ш.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПРОЦЕССА РЕКАНАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Оценить динамику процесса реканализации и состояние клапанного аппарата глубоких вен у больных, перенесших острый тромбоз глубоких вен.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты обследования и лечения 89 больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей. У 13 (14,6%) пациентов имел место окклюзивный тромбоз глубоких вен голени и подколенной вены, у 17 (19,1%) – тромбоз глубоких вен голени, подколенной и поверхностной бедренной вен, у 25 (28,8%) – тромбоз глубоких вен голени, подколенной вены, поверхностной бедренной вены и общей бедренной вены, у 29 (32,5%) – тромбоз глубоких вен голени, подколенной вены, поверхностной и общей бедренной вен, наружной подвздошной вены

и у 5 (5,6%) – тотальный тромбоз глубоких вен голени, подколенной вены, поверхностной и общей бедренной вен, наружной и общей подвздошной вены, а также тромбофлебит большой подкожной вены. Больные были разделены на 2 группы - основную и контрольную. В первую, основную группу вошли 39 больных, которые лечились стационарно у ангиохирурга и получили специализированное лечение. Во вторую, контрольную группу включены 50 больных, которые получали лечение в амбулаторных условиях или в других лечебных стационарах. Эти больные при посещении ангиологического кабинета были обследованы методом УЗДАС и консультированы ангиохирургом. При этом оценивали степень реканализации и состояние клапанного аппарата глубоких вен путем

динамического ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДАС). Динамические наблюдения за больными проводились в течение 2-х лет. Клиническое и инструментальное обследование выполнялось на 15-20-е сутки, а потом на 2, 4, 7, 10, 18, 24 месяца от начала заболевания.

Результаты и их обсуждение. В основной группе после специализированного лечения в сосудистом отделении до выписки из стационара на 15-е сутки отмечались признаки ранней реканализации, регресс клинической картины (уменьшение отека, болевого синдрома). К концу 1 года реканализация различной степени отмечалась у 84,4%, тогда как в контрольной группе - у 64% больных. Следует отметить, что в процессе реканализации происходило разрушение клапанного аппарата глубоких и перфорантных вен, в результате чего у больных как в основной, так и в кон-

трольной группе развивалась клапанная недостаточность в виде вено-венозного рефлюкса (горизонтальный, вертикальный). В контрольной группе больных, которые не получали полноценного лечения, отмечено замедление реканализации и у 36% больных сохранилась окклюзия тромбированного венозного сегмента, что способствовало более тяжелому течению признаков ХВН в виде сохранения отеков, тяжести в ногах, парестезии и изменений трофики кожи, гиперпигментации, индурации вплоть до образования трофической язвы.

Заключение. Таким образом, у пациентов перенесших острый тромбоз глубоких вен, в основной группе благодаря специализированному лечению отмечалось улучшение коллатерального венозного оттока, более ранняя и полная реканализация глубоких вен и относительно легкое течение посттромботической болезни.

¹Раджабов Д.Р., ^{1,2}Султанов Д.Д., Шахсаворбеков А.Ш.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ ГЕАНГИОМ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуалӣ ибн Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Оптимизация тактики хирургического лечения артерио-венозных гемангиом.

Материал и методы исследования. За период с января 2001 по январь 2018 гг. в отделении хирургии сосудов РНЦССХ было прооперировано 138 пациентов, страдающих артерио-венозными мальформациями различной локализации. Среди них мужчин было 54, женщин – 84, в возрасте от 1 года до 32 лет. В 59 наблюдениях процесс локализовался в области лица, у 43 – в области туловища, а у остальных 36 отмечалась периферическая локализация.

Обследование пациентов было комплексным и включало УЗИ (132), УЗДС (138), рентгенографию (50), КТ (2), ангиографию (артерио- и флебографию) (125) и гистологическое исследование (46). УЗДГ и ангиография являлись скрининговыми методами для выбора оптимальной хирургической тактики.

Результаты и их обсуждение. Хирургическое лечение артерио-венозных мальфор-

маций представляет сложную задачу ввиду массивных кровопотерь во время операций. Хирургическая тактика и объём операции зависели от локализации, размеров опухоли и ангиоархитектоники поражённой области. Больным с гемангиомами околоушной, щечной (56) и височной областей (20) с целью уменьшения травматичности операции предварительно проводилась склеротерапия 3% раствором фибровейн 3-кратно в течение 3 месяцев. При обширных гемангиомах этих областей целесообразным считали первым этапом производить перевязку ветвей а. carotica externa путём её скелетизации (6).

В 38 наблюдениях в качестве альтернативы скелетизации была использована методика эндоваскулярной эмболизации ветвей наружной сонной артерии. В 28 случаях обширные гемангиомы периферической локализации удаляли под жгутом. В остальных случаях, когда гемангиомы имели небольшие размеры и не распространялись в глубоко подлежащие структуры, операцию производили в один

этап, путём лигирования питающих сосудов и иссечения опухолевых образований.

Все больные были успешно оперированы в плановом порядке. В ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах рецидива гемангиомы не было.

Заключение. При хирургическом лечении артерио-венозных сосудистых мальформаций

необходимо придерживаться индивидуальной хирургической тактики. При этом комбинированный подход, направленный на уменьшение объёма кровопотери, путём предварительной скелетизации, перевязки или склеротерапии опухоли позволяет достичь наилучших функциональных и косметических результатов.

^{1,2}Раджабова Г.К., ³Ашурова Г.Н., ^{2,3}Махмадов Ф.И.,
¹Султонов Дж.М., ¹Бозорова Р.С.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ АДНЕКСАЛЬНЫХ СПАЕК С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

¹Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Государственное учреждение «Медицинский комплекс Истиклол»

³Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Выбор малоинвазивной хирургической тактики лечения у женщин при сочетании аднексальных спаек с острым аппендицитом.

Материал и методы исследования. Материалы исследования основаны на анализе 66 женщин с сочетанием аднексальных спаек с острым аппендицитом, оперированных на базе кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино и отделения абдоминальной хирургии и новых технологий ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» за период 2012 по 2019 годы. Средний возраст женщин составил 24,6 лет. Всем женщинам проводили клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования совместно с абдоминальным хирургом.

Для оценки степени аднексальных спаек у данного контингента женщин, выявленных в ходе выполнения видеолaparоскопии, применялась классификация г-AFS (1985).

Результаты и их обсуждение. Отмечалось наличие аднексальных спаек, что, в частности (n=44), явилось причинами вторичного бесплодия у женщин детородного возраста. Согласно степени спаечного процесса малого таза, у 29 (43,9%) женщин установлен спаечный процесс I, у 30 (45,4%) - II, у 5 (7,6%) - III, у 2 (3,1%) - IV степени спаечного процесса. Диссекция и гемостаз при симультанных вмешательствах проведены технологией «LigaSure», что имеет ряд преимуществ. Во всех случаях был выполнен лапароскопический адгезиолизис с восстановлением

нормальной анатомии внутренних половых органов.

В 38 (57,6%) случаях из 66, по показаниям, проведены гистероскопия и хромокопия. При этом типичная эндоскопическая картина хронического эндометрита установлена у 16 (42,1%) женщин указанной группы. Зачастую определялась бледно-розовая, неравномерной толщины и окраски слизистая оболочка, а участки истончения эндометрия - с выраженным сосудистым рисунком. Соскоб был умеренным или скудным. В 31 (81,6%) наблюдении были выявлены синехии в виде нежных белесых волокон, идущих от одной стенки матки к другой. Преобладающей локализацией синехий (n=29) была область устья маточных труб.

При констатации вышеуказанных патологий гистероскопическими ножницами и щипцами производилось механическое разрушение синехий, с контрастированием маточных труб. В случае проходимости маточной трубы контраст полностью поступал в ее устье, создавая так называемый эффект «воронки», слегка окрашивая данную зону матки.

Диагноз «эндометрит» во всех случаях выставлялся только при обнаружении микробиологической обсемененности материала, взятого из полости матки. При проведении бактериологического исследования содержимого полости матки в 94,7% (n=36) случаев были получены положительные результаты. Уровень обсемененности материала в

основном составлял 103-104. При этом, как правило, имела место колонизация эндометрия аэробной микрофлорой, грибами рода *Candida*, хламидийной инфекцией, уреаплазмами и микст-инфекцией с участием 2-х и более микроорганизмов.

Послеоперационные осложнения после экстренных симультанных лапароскопиче-

ских вмешательств отмечены у 3 (4,5%) женщин. Случаев конверсии не было отмечено. Послеоперационный койко-день составил $4,3 \pm 1,1$.

Заключение. Видеолапароскопия у женщин с сочетанной патологией в виде аднексальных спаек и острого аппендицита является методом выбора.

^{1,2}Раджабова Г.К., ³Ашурова Г.Н., ^{2,3}Махмадов Ф.И.,
¹Султонов Дж.М., ¹Бозорова Р.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА

¹Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Государственное учреждение «Медицинский комплекс Истиклол»

³Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при неотложной сочетанной патологии органов брюшной полости и малого таза с применением современных малоинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. В материалы исследования включены результаты лечения 92 больных с сочетанной хирургической и гинекологической патологией, оперированных на базе кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино и в отделении абдоминальной хирургии и новых технологий ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» за период 2012 по 2019 годы. Все пациентки оперированы в неотложном порядке.

При поступлении больным выполнялся весь спектр клинично-лабораторных и инструментальных исследований брюшной полости и грудной клетки.

При видеолапароскопии использовали введение 3-4 троакаров при внутрибрюшном давлении 9-12 мм рт.ст. Методика операции заключалась в видеолапароскопической ревизии органов брюшной полости и решении этапности проведения симультанных операций.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто встречаемой сочетанием хирургической и гинекологической патологией явился острый аппендицит - 91,7%. Сочетание острого калькулезного холецистита с заболеваниями органов малого таза встречалось у 16,3% пациенток.

Показания к лапароскопическим симультанным вмешательствам выставляли на основании степени операционно-анестезиологического риска по ASA. В основном, оперированные женщины относились к I и II степеням операционно-анестезиологического риска. Среди обследованных женщин 54 (58,7%) имели сопутствующие соматические заболевания.

В 3 (3,3%) случаях острого калькулезного холецистита у женщин выявлена миома матки, в анамнезе они имели осложненные формы, как неоднократное маточное кровотечение. У одной женщины при лапароскопии обнаружено массивный спаечный процесс малого таза. В связи с этим произведены ЛХЭ + адгезиолизис + ампутация матки. У основной части (71,8%) женщин имелось сочетание острого аппендицита и спаечного процесса малого таза, т.е. наличие аднексальных спаек, что, в частности, являлось причинами вторичного бесплодия у женщин детородного возраста. Для оценки степени аднексальных спаек у данного контингента женщин, выявленных в ходе выполнения видеолапароскопии, применялась классификация r-AFS (1985). Согласно степени спаечного процесса малого таза, у 29 (43,9%) женщин установлено спаечный процесс I, у 30 (45,4%) - II, у 5 (7,6%) - III, и у 2 (3,1%) - IV степени спаечного процесса. Во всех случаях был выполнен лапароскопический адгезиолизис с восстановлением

нормальной анатомии внутренних половых органов. Осложнения после неотложных симультанных лапароскопических вмешательств отмечены у 8 (8,7%) женщин. Случаев конверсии не было. Послеоперационный койко-день составило $4,8 \pm 1,2$.

Заключение. Применение видеолапароскопии у женщин с сочетанной хирургической и гинекологической патологией при правильном индивидуальном подборе позволяет значительно снизить травматичность хирургического вмешательства.

Расулов С.Р., Муллоджонова А.Г., Исмоилов А.А.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННОЙ КСЕРОСТОМИЕЙ

Кафедра онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение отношения к болезни стоматологических пациентов с радиационно-индуцированной ксеростомией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 69 больных (26 мужчин и 43 женщины), страдающих различными злокачественными новообразованиями слюнных желез, сиалозами и болезнью Боуэна, страдающих радиационно-индуцированной ксеростомией в возрасте от 41 года до 60 лет и старше.

Для определения типа их отношения к указанной патологии была использована тестовая клиническая методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни), в которой реализовалось индивидуально-типологическое реагирование пациента к существующей болезни, предложенное А.Е. Личко и соавт. (2009). Методика предусматривает возможность определения одного из двенадцати типов индивидуального реагирования, диагностируемые тестом: сенситивный (С), тревожный (Т), ипохондрический (И), меланхолический (М), апатический (А), неврастенический (Н), эгоцентрический (Э), паранойяльный (П), анозогнозический (З), дисфорический (Д), эргопатический (Э) и гармоничный (Г), которые авторами методики выделены в 3 блока: условно-адаптивный (I), интрапсихически-дезадаптивный (II) и интерпсихически-дезадаптивный (III).

Результаты и их обсуждение. Среди типов отношения к существующей ксеростомии до реализации активной терапии наиболее часто выявляли тревожный и неврастенический (соответственно 21,7% и

17,4%; 15 и 12 человек из 69 обследуемых больных), несколько реже – меланхолический, анозогнозический и ипохондрический (соответственно 13,0%, 11,6% и 8,7%; 9, 8 и 6 человек из 69 обследуемых).

Другие типы отношения к болезни в виде апатического, эргопатического и сенситивного занимали промежуточное положение, составляя соответственно 7,2% (5 человек), 5,8% (4 человек) и 4,4% (3 человек). Наиболее низкое исходное значение встречаемости типов отношения к радиационно-индуцированной ксеростомии обнаружено у 2 пациентов с паранойяльной (2,9%), у 2 пациентов с эгоцентрическим (2,9%), гармоничный (2,9%; у 2 из 69 обследуемых) и дисфорический (1,5%; у 1 из 69 больных) индивидуальной типологией.

Среди обследованных лиц присутствует неверие в результативное лечение, в возможность наступления улучшения состояния общесоматического и стоматологического аспекта здоровья, в полное выздоровление. Также у них отмечается выставление напоказ окружающим лицам собственных переживаний и страданий с целью вызвать сочувствие и привлечь к себе внимание. В целом беспокойство и мнительность по отношению к течению болезни характерны для лиц с радиационно-индуцированной ксеростомией, возникшей из-за лучевого эффекта после терапии онкопатологии челюстно-лицевой области. Такие пациенты находятся под динамическим наблюдением врачей-онкологов и радиологов, однако в большинстве случаев они остаются вне поля зрения врачей-стоматологов, хотя при этом стопроцентно у них развивается постаучевая ксеростомия

и утяжеление стоматологического статуса в целом.

Заключение. Исходя из изложенного выше, становится очевидным, что у пациентов, страдающих различными злокачественными новообразованиями челюстно-лице-

вой области, диагностируется максимальная индивидуальная и реактивная тревожности, что, на наш взгляд, связано с тяжестью переносимого заболевания, а также выраженной сухостью в полости рта, индуцированной радио- и химиотерапией.

Рахимов Ф.Р., Юлдошов Х.Ф., Азизов А.А., Давлатов Б.М.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВРЕМЕННОЙ КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Оценить результаты временной кардиостимуляции у больных с различными нарушениями сердечного ритма на фоне острого инфаркта миокарда.

Материал и методы исследования. В настоящей работе представлен анализ результатов имплантации временных кардиостимуляторов у 16 больных с различными аритмиями на фоне острого инфаркта миокарда. Всем больным (16) в условиях РНЦССХ в экстренном порядке были имплантированы временные кардиостимуляторы. Из них мужчин было 9 (56,25%), женщин – 7 (43,75%). Возраст варьировал от 39 до 78 лет (в среднем 53,1±3,4). Все пациенты поступили в клинику после 2 до 72 часов от начала заболевания.

Всем пациентам были проведены общеклинические исследования, ЭКГ, коронароангиография, изучено состояние свертывающей системы крови. По данным коронароангиографии, окклюзия правой коронарной артерии имела место у 4 больных, стенозы проксимального отдела ПКА - у 10, стволочное поражение ЛКА - у 2. У 5 больных были поражения коронарных артерии смешанного характера и в 5 случаях – поражение ветвей ЛКА. У 10 больных

по данным ЭКГ имела АВ блокада 2 степени, у 6 больных - полная АВ блокада.

Результаты и их обсуждение. Всем больным в экстренном порядке было произведено стентирование пораженных артерий со стентами с лекарственным покрытием различного размера и диаметра фирмы Medtronic. В послеоперационном периоде устранение АВ блокады отмечано в 14 случаях сразу после стентирования. В 2 случаях сохранилась полная АВ блокада, им в дальнейшем были имплантированы постоянные электрокардиостимуляторы фирмы Medtronic и St. Jude.

Результаты наших исследований свидетельствуют об эффективности и целесообразности широкого применения временных кардиостимуляторов у больных с нарушениями сердечного ритма на фоне острого инфаркта миокарда.

Заключение. Временная кардиостимуляция при различных формах АВ блокады у больных с острым инфарктом миокарда является эффективным способом подготовки больных к эндоваскулярным процедурам. После ургентной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда в большинстве случаев АВ блокада разрешается.

Рузиев Ш.И., Раджабов Ш.Ю., Якубов Х.Х.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Разработать меры совершенствования диагностирования судебной медицины и экспертной оценки степени тяжести травм головного мозга на основе комплексных данных исследований судебной медицины и клинического диагностирования.

Материал и методы исследования. Истории болезней больных, лечащихся от этой травмы в Республиканском нейрохирургическом центре, и экспертное заключение потерпевших с травмами головного мозга в течение последних двух лет - 25 человек (25-55 лет) в архиве бюро СТЭ.

Проведен ретроспективный анализ результатов клиническо-лабораторных обследований, нейрохирургический и офтальмологический осмотры, РЭГ, ЭЭГ, МРТ, КТ обследования с целью судебно-химического оценивания, с разработкой экспертных критериев потерпевших от травм

головного мозга, получивших нательные повреждения.

Результаты и их обсуждение. Результаты обследования показали, что в многих случаях при травмах головного мозга наблюдались гематомы, перелом кости головной основы, сотрясение головного мозга.

Нашли свои доказательства в наших исследованиях и то, что встречаются с тяжелыми осложнениями последствия травм почти все из них. В результате данного исследования впервые в практике судебной медицины проведено полное сопоставление, диагностирование среди видов травм, заканчивающихся смертью и приводящи

х к смерти повреждений головного мозга.

Заключение. Результаты данного исследования могут применяться в качестве дополнительных факторов при экспертном оценивании повреждений головного мозга в практике судебной медицины.

Сабуров С.К.

ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ СУПРАКОНСТРУКЦИОННОГО НАЛЕТА НА ПОВЕРХНОСТИ НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Актуальность. Расширение микробиологических исследований с целью выявления основных возбудителей воспалительных заболеваний пародонта, выявление их этиологических характеристик признается актуальной задачей пародонтологии, так как только путем целенаправленной их эрадикации можно достичь эффективного консервативного их лечения [В.К. Леонтьев, 2011; В.К. Леонтьев с соавт., 2013].

Цель исследования. Изучить динамику формирования супраконструкционного налета среди ортопедических пациентов с сопутствующей патологией.

Материал и методы исследования. Бактериологическое исследование включало выделение микрофлоры с поверхности несъемного зубного протеза и идентификацию выделенных бактерий с использованием техники анаэробного культивирования у 37 соматических больных в возрасте от 25 до 50 лет. Чтобы изучить динамику формирования микробной биопленки на поверхности несъем-

ных протезов из различных материалов у больных с сопутствующей соматической патологией, мы проводили забор материала супраконструкционной биопленки с их поверхностей в 1-й, 3-й и 5-6-е дни после наложения протеза. Культивирование анаэробных культур бактерий осуществляли в анаэроостате с бескислородной газовой смесью, состоящей из 80% азота, 10% водорода, 10% углекислого газа при температуре 37°C от 48 часов до 7 дней.

Результаты и их обсуждение. При анализе бактериальной обсемененности несъемных протезов из различных материалов в зависимости от сроков формирования супраконструкционной биопленки получены следующие данные. В первый день колонизация микроорганизмов на поверхности протезов из различных материалов оказалась низкой. При некоторых бактериологических заборах микроорганизмы не высевались (на цельнолитых протезах с керамической облицовкой), однако они учитывались при

выведении средних значений. У больных с сопутствующей соматической патологией наибольшая обсемененность была на поверхности штампованно-паянных протезов. На поверхности штампованных протезов с пластмассовой облицовкой в 1-й день после наложения протезов количество микроорганизмов статистически не отличалось.

Седи обследованных больных на 3-й день количество микроорганизмов значительно увеличилось на поверхности штампованно-паянных протезов; на остальных протезах возрастала в меньшей степени и была достоверно ниже, чем на штампованно-паянных. Штампованные протезы с пластмассовой облицовкой и цельнолитые протезы между собой отличались в меньшей степени, чем каждый из них по отношению к штампованно-паянным.

На 5-6-й день количество микроорганизмов резко увеличивалось на поверхности всех видов несъемных протезов, в некоторых случаях достигая величины зрелой бляшки. Возрастание высеваемости микроорганизмов на всех несъемных протезах между 3-м и 5-м днями было на один-два порядка выше, чем между первым и третьим днями. В связи с этим можно предположить, что наиболее интенсивно микробная бляшка формируется на поверхности супраконструкции на 3-5-6-е сутки.

У больных с общесоматической патологией наибольшее количество микроорганизмов на разных стадиях формирования бляшки высеивали с поверхности штампованно-паянных и штампованных протезов с пластмассовой облицовкой, наименьшее – с поверхностей из цельнолитых протезов с керамической облицовкой.

В составе микрофлоры однодневных супраконструкционных бляшек при культуральном исследовании доминировала

грамположительная кокковая флора, причем на поверхности штампованно-паянных и штампованных протезов с пластмассовой облицовкой она составляла 98-99%. На поверхности цельнолитых протезов с керамической облицовкой рост микроорганизмов не наблюдался. В некоторых случаях определялись единичные колонии стрептококков. На поверхности штампованно-паянных и штампованных протезов с пластмассовой облицовкой наряду с кокковой флорой определялись актиномицеты и фузобактерии (10-12%).

В 3-дневных микробных бляшках наряду с кокками выявлены грамположительные палочковидные бактерии. На поверхностях штампованно-паянных протезах в большом количестве определялись *S. mutans*, фузобактерии и актиномицеты. Микрофлора на поверхности остальных видов протеза отличалась большей однородностью. Отмечали доминирование различных кокков (стрептококки – *S. mutans*, *S. salivarius*, пептострептококки – *P. anaerobius*). На поверхностях штампованных протезов с пластмассовой облицовкой, помимо кокковой флоры, встречались актиномицеты.

Заключение. Резюмируя вышеизложенное, можно констатировать, что супраконструкционная бляшка, формирующаяся на поверхности штампованно-паянных протезов, на 86-98% представлена облигатно-анаэробными и микроаэрофильными видами стрептококков, актиномицетов, а также *Prevotella melaninogenica*, *P. oralis*, *Fusobacterium* spp. У соматических больных с пародонтитом легкой степени тяжести в пародонтальном кармане опорных зубов, наряду с облигатными анаэробными видами (60%), резко увеличивается количество микроаэрофильных бактерий *S. sanguis*, *S. mutans*.

Сабуров С.К., Ашулов Г.Г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭНЗИМОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОЛИМОРФНОЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ ПАРОДОНТА ОПОРНЫХ ЗУБОВ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Актуальность. Одним из важнейших факторов реализации неспецифической защиты являются полиморфноядерные лейкоциты. При повреждении лейкоцитов в тканях пародонта лизосомальные ферменты активизируются, разрушая клетку и межклеточные образования. Определение содержания ферментов при патологии пародонта является достаточно информативным тестом, позволяющим прогнозировать течение заболевания и эффективность проводимых терапевтических мероприятий [Д.Н. Маянский, 2008; И.А. Комисарова, 2009; G.W Schmid-Schonbein, 2013].

Цель исследования. Изучить энзимологический статус нейтрофильных лейкоцитов пародонтального кармана и десневого желобка опорных зубов у соматических больных.

Материал и методы исследования. Изучали содержание катионных белков, активность миелопероксидазы и щелочной фосфатазы в полиморфноядерных лейкоцитах крови, взятой из пародонтального кармана у больных с сопутствующей соматической патологией, при ортопедическом лечении с использованием субгингивального (25 чел.) и супрагингивального (25 чел.) расположения края коронок металлокерамического протеза. Кровь из десневого желобка, для избегания попадания слюны, брали при полугоризонтальном положении больного в кресле. На последующих этапах исследования кровь брали из десневого желобка в области прилегания края облицованной коронки. Содержимое шприца выдавливали на предметное стекло для приготовления равномерного мазка по способу С.М. Макарова.

Результаты и их обсуждение. У обследованных больных с субгингивальным расположением края коронок металлокерамического протеза к 1 месяцу с момента фиксации зубных протезов изменений в содержании катионных белков ($1,68 \pm 0,06$ г%) не выявлено. На 3 месяце отмечено некоторое понижение количества исследуемого фермента ($1,36 \pm 0,03$ г%). К 6 месяцу отмечен плавный рост показателей вплоть до 12 месяцев от начала протезирования (соответственно $2,26 \pm 0,12$ г%, $2,69 \pm 0,06$ г%). Следует отметить, что все изменения содержания катионных белков у больных с сопутствующей соматической патологией и пародонтитом легкой степени тяжести в сроки наблюдений 6 и 12 месяцев достоверно отличались от исходных показателей. Повышение содержания белков в период 6-12 месяцев указывает на усиление воспалительных проявлений в маргинальной

части десны.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что содержание катионных белков в полиморфноядерных лейкоцитах крови, взятой из пародонтального кармана опорных зубов, когда края коронок металлокерамического протеза имеет супрагингивальное расположение, не во все сроки наблюдений достоверно отличалось от исходных величин. На 1-м месяце отмечались незначительные колебания цифровых показателей ($1,60 \pm 0,07$ г%) с тенденцией снижения на 3-м месяце наблюдений ($1,46 \pm 0,06$ г%). К 6-12 месяцам регистрировалось увеличение показателей у всех наблюдаемых больных (соответственно $1,70 \pm 0,05$ г%, $1,78 \pm 0,06$ г%), которые недостоверно превышали контрольные величины (соответственно $1,67 \pm 0,22$ г%, $1,74 \pm 0,08$ г%).

Среди общесоматических больных с субгингивальным расположением края коронок металлокерамического протеза показатели активности миелопероксидазы во все сроки наблюдений имели некоторые особые закономерности. Так, на 1 месяце от момента наблюдений происходило повышение активности фермента до значения $2,37 \pm 0,06$ мкмоль/мл.ч. К третьему месяцу отмечено значительное снижение активности ($1,17 \pm 0,08$ мкмоль/мл.ч) с плавным возрастанием активности к 6-му месяцу (в 1,10 раза) и значительному росту (в 1,67 раза) к концу срока наблюдений (1 году).

Активность миелопероксидазы в группе общесоматических больных с патологией пародонта и наличием супрагингивального расположения края коронок металлокерамического протеза повышалась к 30-м суткам с момента протезирования практически у всех больных. К 3-му месяцу происходило снижение активности фермента у всех обследованных больных, по сравнению с предыдущим сроком (1 месяц), хотя по сравнению с исходными значениями различия в активности фермента статистически недостоверны. К 6-му месяцу наблюдений отмечена стабилизация активности исследуемого фермента и к 12 месяцам показатели у всех пациентов не превышали контрольных величин.

Изменение активности щелочной фосфатазы у больных с субгингивальным расположением края коронок металлокерамического протеза к 30 суткам от начала наблюдений снижалось незначительно. К 3-му и 6-му месяцам во всех группах активность фермента снижалась и достоверно отличалась от контрольных величин, а к концу наблюдений незначительно превышала контрольные показатели.

Заключение. Таким образом, повышение активности миелопероксидазы в сывороточном экссудате пародонтального кармана, превышающее контрольные ве-

личины, характеризует достаточно низкие компенсаторные возможности организма больных с сопутствующей соматической патологией.

Сайдуллоев Л.С., Кадири Т.Р., Сафаров И., Сайфуллоев К.У.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИБЕСТАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИН

Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить эффективность препарата Трибестана в комплексном лечении бесплодие у мужчин.

Материал и методы лечения. Под нашим наблюдением находились 58 больных мужчин с бесплодием в возрасте от 19 до 36 лет. Длительность нахождения в браке составляла 2-5 лет. Бесплодие у всех выявлено на фоне простатита и наличия урогенитальной инфекции – хламидии, микоплазмы и уреаплазмы. Больных распределили на 2 группы – контрольная (20 пациентов) и основная (38 человек). До начала и после лечения у больных проводили клинико-лабораторное исследование: а) оценка состояния пациентов – жалобы, анамнез, время и степень полового созревания, длительность бесплодия, перенесенные заболевания, операции, вредные условия работы, вредные привычки, б) физикальное обследование - осмотр, пальпация наружных половых органов, ректальное пальцевое исследование, в) спермограмма, г) УЗИ мочеполовой системы, д) микроскопическое, бактериологическое и ПЦР исследование секрета простаты. Пациентам контрольной группы проводили соответствующую антибактериальную и противовоспалительную терапию, основной группы – антибактериальную терапию 10-14 дней и препаратом трибестан по 2 таблетки 3 раза в день 3 месяца. В состав препарата входят экстракт якорцев стелющихся (поддерживает устойчивую эрекцию, усиливает либидо, положительно воздействует на клетки Сертоли).

Результаты и их обсуждение. До начала лечения у больных в спермограмме выявлялись нарушения показателей эя-

кулята – олигоспермия, астеноспермия, тератозооспермия, повышение вязкости. Например, объем эякулята в основной и контрольной группах равнялся $2,6 \pm 0,4$ и $2,7 \pm 0,3$ мл соответственно, вязкость – $2,3 \pm 0,3$ и $2,2 \pm 0,2$ мм, концентрация сперматозоидов – $14,8 \pm 1,2$ млн/мл и $14,6 \pm 1,3$ млн/мл, общая подвижность $22,0 \pm 1,1\%$ и $24,8 \pm 1,0\%$ и т.д. После лечения через 3 месяца спермограмма показала улучшение показателей: объем эякулята увеличился в основной группе в 2 раза, в контрольной - в 1,5 раза, вязкость уменьшилась соответственно в 4 раза и в 3 раза. Достоверно повысилась концентрация сперматозоидов в основной группе в 2 раза – до $32,7 \pm 1,0$ млн/мл и незначительно - в контрольной группе до $18,0 \pm 1,2$ млн/мл. Подвижность сперматозоидов в основной группе увеличилась более чем в 2 раза (до $52,8 \pm 1,0\%$), а в контрольной - совсем незначительно всего на 5%. Если наличие патологических форм сперматозоидов свыше 50% было у 25,6% больных основной группы, в контрольной группе – у 30,0%. После лечения изучение морфологии сперматозоидов показало уменьшение патологических форм и тенденцию к увеличению нормальных форм на 4% в основной группе и на 2% - в контрольной. Все показатели улучшились, но оставались хуже нормальных, за исключением объёма, кислотности и вязкости спермы.

Заключение. Наши исследования показали эффективность применения препарата трибестан при лечении мужского бесплодия. Комплексное лечение больных мужчин с бесплодием при одновременном нахождении ИППП способствует улучшению показателей эякулята.

Самадов Ш.Х., Джураев Ш.М., Элтаназаров М.Д., Абдусамадов К.А.

МИОКАРДИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель исследования. Провести анализ выраженности системного воспалительного ответа, оксидантного стресса и миокардиального апоптоза при различных методиках АКШ-факторов, участвующих в патогенезе стеноза и миокардиального повреждения и, как следствие, в развитии дисфункции миокарда в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Параметры системного воспалительного ответа, оксидантного стресса и миокардиального апоптоза сравнительно оценивались в четырех группах больных, в зависимости от методики и объема выполненных операций: 1 группа – миниинвазивная реваскуляризация миокарда (на работающем сердце без применения ИК и кардиopleгии, в условиях нормотермии), обследовано 3 пациента; 2 группа - АКШ на работающем сердце в условиях нормотермии и параллельного ИК, обследовано 18 больных; 3 группа - АКШ в условиях ИК, гипотермии (28°C) и фармакоолодовой кардиopleгии, обследовано 7 больных. 4 группа - АКШ и коррекция имеющейся структурной патологии сердца (резекция постинфарктной аневризмы ЛЖ, коррекция патологии клапанов) в условиях ИК, гипотермии (28°C) и фармакоолодовой кардиopleгии, обследовано 7 больных.

Методом иммуноферментного анализа определялись медиаторы воспалительного ответа: TNF- α - фактор некроза опухолей- α ; интерлейкины: IL-6, IL-8, IL-10; молекулы адгезии нейтрофилов: P-селектин; L-селектин; ICAM-1; ICAMs; фермент антиоксидантной системы: супероксиддисмутаза (СОД); маркеры апоптоза: белок Bcl-2; цитохром C. Определялись маркеры повреждения миокарда: тропонин I; миоглобин; КФК-MB. Забор крови для анализов проводился исходно до операции, через 6 и 24 часа после операции.

Результаты и их обсуждение. У больных, оперированных в условиях ИК и кардиopleгии (КП) (3 и 4 группы), в раннем послеоперационном периоде наблюдается более значимая выраженность системного воспалительного ответа (более высокие уровни TNF- α , IL-6, IL-8), а также менее выраженное повышение противовоспалительного цитокина IL-10 в данных группах,

нарушение баланса между провоспалительными и противовоспалительными медиаторами: через 24 часа после операции (IL-6:IL-8:IL-10) в 1 группе - 28%:63%:9%, во 2 группе - 43%:39%:18%, в 3 группе - 32%:61%:7%, в 4 группе - 33%:60%:7% соответственно. В раннем послеоперационном периоде наблюдалось снижение СОД во всех группах, наиболее значительное в группах больных, оперированных в условиях ИК и кардиopleгии (3 и 4 группы), статистически значимое снижение активности этого фермента антиоксидантной защиты зарегистрировано через 24 часа после операции, что свидетельствует о срыве защитных антиоксидантных механизмов и об угнетении антистрессовой защиты клеток. Менее выраженное снижение СОД отмечено в группе МИРМ, через 6 часов после операции наблюдалось даже некоторое увеличение активности данного фермента, свидетельствующее о тенденции к оптимизации процессов перекисного окисления липидов и восстановлению равновесия между оксидантной и антиоксидантной системами. Однако, через 24 часа после операции активность этого фермента снизилась, что говорит о срыве компенсаторных механизмов, но степень оксидантного стресса была меньше, чем в других группах.

В раннем послеоперационном периоде наблюдалось снижение экспрессии протеина Bcl-2 в группах больных, оперированных в условиях ИК и кардиopleгии (3 и 4 группы), статистически значимое снижение уровня данного белка отмечалось через 24 часа после операции. Это свидетельствует о развитии апоптотического процесса (его поздней фазы). В группах больных, оперированных на работающем сердце (1 и 2 группы), не наблюдалось какой-либо существенной динамики данного белка в послеоперационном периоде. Анализ динамики уровня цитохрома C в послеоперационном периоде показал повышение данного маркера апоптоза через 6 часов после операции только в 4 группе, но статистически незначимое. В других группах не наблюдалось какой-либо значимой динамики данного маркера.

Заключение. Анализ динамики показателя, характеризующего эффективность защиты миокарда в отношении степени миокарди-

ального апоптоза к некрозу (Vcl-2/тропонин I), показал, что наиболее высокие значения отмечались в группах больных, оперированных на работающем сердце (1 и 2 группы), свидетельствующие о сохранной функции миокарда и, соответственно, о хорошей его

защите во время операции. Тогда как в группах больных, оперированных в условиях ИК и кардиоплегии (3 и 4 группы), данный индекс имел существенно более низкие значения, что свидетельствует о более значительном повреждении миокарда.

Саттаров Ж.Б., Тиллабоев С.В., Бердиев У.Т.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ МЕЗОКОЛИКОПАРИЕТАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Узбекистан

Цель исследования. Проанализировать клинические проявления, данные методов диагностики и особенности течения мезоколикпариетальных грыж у детей.

Материал и методы исследования. За 2002-2013г. в клиниках кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 12 детей с мезоколикпариетальной грыжей различной локализации в возрасте от одного дня до 15 лет.

Больным проводили клинико-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические (обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта, ирригография).

Результаты и их обсуждение. Из 12 детей с мезоколикпариетальной грыжей 5 были новорожденными. Трое из них поступили в хирургическое отделение в первые сутки жизни, один – в возрасте 14 дней, один – 30 дней с симптомами острой кишечной непроходимости. Один ребенок был в возрасте 7 месяцев, остальные 6 – старше 1 года: 2, 6, 7 (2), 13 и 14 лет, у которых периодически наблюдались и самостоятельно проходили признаки хронически-рецидивирующей кишечной непроходимости. Клинические признаки и данные вспомогательных методов исследований, указанных заболеваний превалировали, затушевывая проявления внутренней грыжи.

Мезоколикпариетальные грыжи во всех случаях установлены во время операции. Удлинение толстой кишки выявлено у всех больных. Правосторонняя грыжа наблюдалась у 7 из 12 больных, у 3 больных отмечено полное внедрение петель тонкой кишки в грыжевой мешок, у 9 в грыжевом мешке оказалась часть кишечника. Из 5 новорожден-

ных с мезоколикпариетальной грыжей трое поступили в хирургический стационар на первые сутки жизни, в тяжелом состоянии, с клиническими признаками кишечной непроходимости и перитонита. В этих случаях проведены обзорная рентгенография грудной и брюшной полости в вертикальном положении, ультразвуковые исследования внутренних органов и нейросонография.

При контрастном исследовании желудочно-кишечного тракта у двух детей старшего возраста с мезоколикпариетальной грыжей частичная задержка контраста установлена в двенадцатиперстной кишке. На этом фоне отчетливо определялись нарушение ее типичной синтопии, отсутствие характерных переходов анатомических частей и изгибов duodenum. Данные ирригографии были более информативны у новорожденного с атрезией тонкого кишечника в сочетании с мезоколикпариетальной грыжей. На ирригограмме определялась неправильно расположенная толстая кишка в виде микроколон.

Заключение. Мезоколикпариетальные грыжи наблюдаются у детей всех возрастных групп: у новорожденных преимущественно с признаками острой кишечной непроходимости; у детей старшего возраста в виде рецидивирующего течения различной степени выраженности. При мезоколикпариетальных грыжах часто сочетание сопутствующих аномалий, которые взаимно отягощают основное заболевание и способствуют развитию других осложнений. Диагностика при мезоколикпариетальных грыжах должна быть комплексной. Данные УЗИ, контрастного исследования желудочно-кишечного тракта и компьютерной томографии дополняют дооперационную диагностику этой патологии.

Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Узбекистан

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и клинико-морфологических особенностей хронически рецидивирующих форм течения ВКН у детей.

Материал и методы исследования. За период с 2008-2018 гг. на клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находилось 82 ребёнка с различными формами ВКН в возрасте от 3 мес. до 18 лет. Из них 43 (52,4%) – с ВКН; 39 (47,6%) – с ХРКН. Среди них: дети грудного возраста – 47 (57,3%); старших возрастных групп – 35 (42,7%). Среди больных преобладали мальчики – 59 (72,0%), девочки составили 23 (28,0%). Больным проводились комплексные клинико-лабораторные и лучевые методы диагностики.

Результаты и их обсуждение. 39 детей поступили с подозрениями на ВКН, с рецидивирующими болями в животе, рвотным синдромом и хроническим колостазом. У 23 (59,0%) больных выявлена высокая ХРКН, у 16 (41,0%) – низкая. В 11 (28,2%) случаях обструкция была полной, в 28 (71,8%) – частичной.

Среди больных с высокой ХРКН полная обструкция была вызвана: кольцевидной поджелудочной железой – 2 (8,7%); заворотом средней кишки – 1 (4,3%); СЛ – 3 (13,0%). Причинами частичной непроходимости были: сдавление двенадцатиперстной кишки кольцевидной поджелудочной железой у 1 (4,3%) больного; наличие мембраны с просветом – у 4 (17,4%). В 11 (47,8%) случаях дуоденальная непроходимость была обусловлена различными формами мальротации кишечника. Смешанная форма с несколь-

кими причинными факторами высокой кишечной непроходимости отмечена у одного больного.

Из 16 больных с низкой ХРКН у 5 (31,25%) преобладали явления полной непроходимости. Сдавление тонкой кишки спайками, удвоение кишечника и патологические образования у 6 (37,5%) больных стали причинами частичной кишечной непроходимости. Различные формы мальротации кишечника у 9 (56,25%) детей сопровождались клинико-рентгенологическими признаками низкой кишечной непроходимости. Смешанная форма с несколькими причинными факторами низкой кишечной непроходимости отмечена у одного больного.

ХРКН наблюдалась в виде изолированной формы у 26 больных (66,7%); сочетанной – у 13 (33,3%). Из 39 больных оперативное вмешательство проведено 36 (92,3%). 3 (7,7%) детям из-за временного отказа родителей от операции проводили консервативные мероприятия, направленные на купирование болевого синдрома и явлений ЧКН.

Заключение. ХРКН протекает в виде высокой (59,0%) или низкой (41,0%) кишечной непроходимости, изолированно (66,7%) или в составе сочетанных и множественных пороков (33,3%). Все разновидности ХРКН в 61,5% случаев диагностируются в раннем грудном возрасте, что, в основном, обусловлено преобладанием частичной непроходимости и нередко сочетающимися нарушениями фиксации кишечника, нежели вариантов расстройств ротации, как причин возникновения непроходимости.

Саттаров Х.И., Ходжамуратов Г.М., Джононов Дж.Д., Давлатов А.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений проксимальных повреждений нервов верхней конечности.

Материал и методы исследования. Нами произведён анализ результатов обследования 108 больных с проксимальным повреждением нервов верхней конечности, поступивших в отделения восстановительной, реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за последние 10 лет. Больных мужского пола было 83 (76,9%), женского – 25 (23,1%). Возраст больных колебался от одного года до 61 года. Механизм получения травмы нервов в преимущественном большинстве случаев (60,2%) был связан с резаными ранами, полученными отломками стекла (47) или ножом (18). Рваный характер повреждений отмечался в 31 (28,7%) случае, получен электропилой (9), болгаркой (15) и другими станками (7). В 12 случаях (11,1%) больные получили тракционную травму в результате дорожно-транспортного происшествия (7) или же вращающимися частями станков (5).

В зависимости от порядка поступления больные распределены на две клинические группы. В первую группу включены 19 (17,6%) больных, которые поступили в экстренном порядке в сроки до 24 часов после получения травмы нервов на проксимальном уровне. Вторую группу составили большинство (89) больных, поступившие в плановом порядке с последствиями проксимальных повреждений нервов верхней конечности в сроках от 1 до 14 месяцев после получения травмы.

Всем больным при поступлении проведено общеклиническое обследование, включая неврологические исследования поражённой конечности, а для уточнения уровня и степени повреждения нервного ствола выполняли электронейромиографию. В 5 случаях при закрытой травме плечевого сплетения выполнили магнитно-резонансную томографию. Во всех случаях окончательный диагноз был установлен интраоперационно после полной ревизии предположительно повреждённых нервов.

Результаты и их обсуждение. У больных первой группы клинические проявления были в виде выпадения движений и чувствительности в зоне иннервации повреждённых нервных стволов. При этом на первый план выступали клинические проявления в виде выпадения грубых движений конечности.

У больных второй группы наблюдалась атрофия мышц с вялым их параличом, а также выпадение чувствительности в зоне автономных иннерваций повреждённых нервов. Здесь также в отличие от дистальных повреждений нервов, где на первый план выступают клинические проявления в виде трофических нарушений и выпадений чувствительности, ведущими клиническими проявлениями являются нарушения грубых движений в верхней конечности, приводящие к нетрудоспособности пациента.

Заключение. Проксимальное повреждение нервов верхней конечности сопровождалось выпадением грубых движений с выраженным нарушением функции верхней конечности, что в целом приводило к нетрудоспособности пострадавших.

Сафаров С.А., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Рахмонов И.Р.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Усовершенствование методов лечения переломов нижней челюсти и создание оптимальных условий для репаративной регенерации.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе обследования и лечения 295 историй болезни пациентов

с переломами нижней челюсти по данным архива отделения челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан и собственных клинических наблюдений 160 больных, за период с 2015 по 2019 гг. Среди них мужчин – 102 (63,8%), женщин – 58 (36,2%).

Клинико-лабораторное, микробиологическое исследования производились традиционно по стандартной схеме. Рентгенологические исследования нижней челюсти осуществляли в двух проекциях в день госпитализации, а также в госпитальный и постгоспитальные периоды.

Особое внимание уделяли исследованиям влияния шинирующих назубных конструкций на мягкие ткани пародонта и полости рта в период иммобилизации фрагментов нижней челюсти.

Интенсивность воспалительных изменений в десне определялась с помощью гигиенического индекса по Федорову-Володкиной и капиллярно – маргинально – альвеолярного индекса (РМА).

Полученный материал обрабатывали методом вариационной статистики по Стьюденту.

Результаты и их обсуждение. Переломы нижней челюсти встречаются преимущественно у людей в возрасте от 20 до 40 лет (69,5%). Наиболее частой причиной переломов нижней челюсти является бытовая травма (76,8%), зачастую в состоянии алкогольного опьянения, транспортные составили 14%. По частоте локализации переломов следует выделить одинарные переломы в области угла нижней челюсти - 108 больных (67,5%).

Немаловажным фактором получения хороших результатов в лечении переломов нижней челюсти являются сроки поступления больных на стационарное лечение. Подавляющее число больных - 118 - поступило в первые трое суток (73,7 %), через 6 и более суток обратились 42 (26,3 %) пациента.

В первые три дня поступления количество осложненных переломов составило лишь

5,2%, в последующие 4-6 суток госпитализации количество осложнений уже увеличилось и составило 47,3%.

Количество и характер осложнений от локализации зуба в линии перелома удалось проследить в 112 случаях: в области моляров (63,4%), в области центральных зубов (30,1%), а в области премоляров лишь в 6,5%.

Установлена также определенная зависимость результатов лечения и количества осложнений от видов назубного шинирования. При использовании шины Васильева и Тигерштедта из 92 больных с переломами нижней челюсти у 48 больных (30%) возникли осложнения в виде визуально определяемых пролежневых изменений в области десен. У 6 больных (3,8%) образовался генерализованный и у 2-х - язвенно-некротический гингивит.

Динамическое наблюдение за состоянием полости рта показало, что гигиенический индекс и индекс РМА постепенно увеличиваются по мере нахождения шины в полости рта в процессе лечения.

Заключение. Ретроспективный анализ архивных материалов показывает, что хорошие результаты лечения переломов нижней челюсти зависят от сроков поступления больных на стационарное лечение. Определенную роль в развитии посттравматических воспалительных осложнений при лечении данной категории больных играют такие факторы, как позднее обращение пострадавших за специализированной помощью, наличие зубов в линии перелома, инфицирование зоны повреждения содержимым полости рта в результате плохого гигиенического ухода и отказ больных от оперативного вмешательства.

Сафаров С.А., Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О., Хушвахтов Д.И.

ОСТЕОСИНТЕЗ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЫСОКИХ ПЕРЕЛОМАХ СУСТАВНОГО ОТРОСТКА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Совершенствование хирургических методов лечения больных с переломами суставного отростка нижней челюсти.

Материал и методы исследования. В отделении взрослой челюстно-лицевой хи-

рургии ГУ НМЦ РТ за период с 2015 по 2018 годы проанализировано 75 историй больных с переломами суставного отростка нижней челюсти. Возраст больных составлял от 20 до 50 лет, мужчин - 54 (72,0%), женщин – 21 (28,0%).

В отделении всем пациентам с переломами нижней челюсти выполнялась репозиция и иммобилизация отломков модифицированными назубными шинами Тигерштеда, устанавливалась эластичная межчелюстная тяга. По результатам контрольной рентгенографии нижней челюсти, у 26(34,7%) пациентов наблюдалось восстановление анатомической формы, в то время как у 49 (65,3%) пациентов сохранялось смещение костных отломков.

Всех пациентов с переломом суставного отростка нижней челюсти разделили на две группы: 1 группа – 26 больных, у которых оперативное вмешательство не проводилось, иммобилизация костных отломков произведена назубными шинами; 2 группа – 49 больных, которым выполнено оперативное вмешательство на суставном отростке нижней челюсти. Вторая группа также была разделена на две подгруппы. В 1-ую подгруппу вошли 22 (29,3%) больных с переломом суставного отростка. Им осуществили оперативное вмешательство без остеотомии задней части ветви нижней челюсти. Во 2-ую подгруппу включили 27 (36,0%) больных с высоким переломом суставного отростка, где остеосинтез невозможно было выполнить без остеотомии задней части ветви нижней челюсти.

У всех больных клинико-рентгенологическое исследование проводилось до и после репозиции и иммобилизации отломков челюстей назубными шинами, а также после оперативного лечения.

Результаты и их обсуждение. При выборе метода остеосинтеза суставного отростка нижней челюсти учитывали характер смещения малого отломка относительно суставной впадины. Использование подчелюстного доступа при оперативном лечении пациентов 2.1 подгруппы позволяет выполнить репозицию и фиксацию отломков минипластинами без технических трудностей. При остеосинтезе необходимо

использовать, как минимум, четыре винта - по два на каждом отломке. Для жесткой фиксации на большом отломке целесообразна установка трёх винтов.

У больных 2.2 подгруппы проведение остеотомии задней части ветви нижней челюсти позволяет свободно извлекать отломок, осуществлять ревизию и, при необходимости, реконструкцию суставной впадины.

Остеотомированный фрагмент и дистальный отломок извлекаются из раны. Головка суставного отростка и остеотомированный фрагмент ветви нижней челюсти фиксируются между собой. После их фиксации комплекс реплантируется и фиксируется на ветви минипластинами или танталовыми проволоками в соответствии с анатомической формой.

Для профилактики возникновения дисфункции ВНЧС головка суставного отростка нижней челюсти покрывается мембраной, изготовленной из богатой тромбоцитами плазмы крови пациента. Данный подход исключает соприкосновение металла с суставной впадиной, а также сохраняет конгруэнтность и гладкость суставной поверхности головки суставного отростка. Полученные результаты хирургических вмешательств у 49 больных свидетельствуют о высокой эффективности остеосинтеза суставного отростка по разработанной нами методике.

Заключение. Использование методов остеосинтеза суставного отростка без реплантации, то есть остеосинтеза суставного отростка и остеосинтеза суставного отростка, с остеотомией задней части ветви нижней челюсти по показаниям дает возможность восстановления анатомической формы, без нарушения функции сустава. Также ускоряет реабилитационный период и способствует ранней функциональной нагрузке органа. Данный метод остеосинтеза позволяет снизить сроки нетрудоспособности и количество послеоперационных осложнений.

Сироджов К.Х., Зиябаев Ш.А., Почоев У.С., Бегов А.Х.

КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ НА ФОНЕ ДИСТРОФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГКБ № 1 им. С. Урунова, г. Худжанд
ГМЦ №3, г. Душанбе

Цель исследования. Улучшение качества хирургической коррекции деформации переднего отдела стопы на фоне дистрофических процессов.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 21 пациента с деформацией переднего отдела стопы за период 2014-2018 гг. Женщин было 17 (80,9%), мужчин – 4 (19,1%), средний возраст составил 58±5 лет. Для верификации диагноза всем больных произведена рентгенография стопы в 2-х стандартных проекциях, плантография для определения распластанности переднего отдела стопы, а также лабораторно-инструментальные оценки соматического фона.

Больных разделили с учётом вальгусной деформации первого пальца стопы: I степень – не определялась, II степень деформации наблюдалась у 11 (52,3%), III степень – у 10 (4,8%) больных. Двухсторонний процесс имел место в 8 (38,1%) случаях, односторонние поражения отмечены у 13 (61,9%) больных.

Всем пациентам произведена операция «Остеотомия SCARF и Akin», при двухстороннем процессе оперативная коррекция производилась одновременно. Эффективность проводимой операции оценивалась по результатам рентгенологического контроля и функциональной характеристики оперированного сегмента. Объектом исследования является стопа, при двухстороннем процессе исследованиям подвергалась каждая стопа по отдельности.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период протекал гладко, средний срок пребывания в стационаре составил 7 дней. Внешняя иммобилизация в послеоперационном периоде не применялась, больные носили ортопедическую обувь Барука в течение 1,5 месяца. Самостоятельная ходьба и умеренная нагрузка на конечности разрешены на второй день послеоперационного периода. Объективизация отдаленного результата хирургического

лечения проводилась по балльной оценочной шкале, рекомендованной Американским ортопедическим обществом хирургии стопы и голеностопного сустава (AOFAS, 1994). Согласно предложенной шкале, результаты лечения оцениваются по трем критериям: болевой симптом, ось первого луча стопы и функциональная возможность стопы.

В отдаленном периоде хорошие функциональные результаты получены в 11 (52,4%), удовлетворительные результаты лечения – в 8 (38,1%) и неудовлетворительные результаты или рецидив болезни отмечены в 2 (9,5%) случаях. Оценка достигнутых результатов лечения проводилась на 3, 6 и 12 месяцы послеоперационного периода. Болевые ощущения при нагрузках и в покое на 3-м месяце послеоперационного периода сохранились у 15 (71,4%) больных, через 6 месяцев – у 9 (42,8%) и спустя 1 год отмечены лишь в 4 (19%) случаях. Осложнения в виде нагноения послеоперационной раны наблюдались в 2 (9,5%) случаях, инфекционное осложнение продолжительностью более одного месяца отмечено у одного пациента, ограничение движений в межфаланговом суставе выявлено у 3-х больных. В процессе наблюдения и при динамическом контроле и лечении гнойно-воспалительный процесс благополучно разрешился, что в итоге не повлияло на конечные результаты. Персистирующие отеки стопы в послеоперационном периоде наблюдались в 4 (19%) случаях, что связано с ранней нагрузкой на оперируемую конечность и сопутствующей патологией сосудов.

Заключение. Шевронная остеотомия SCARF при hallux valgus у больных на фоне дистрофического процесса переднего отдела стопы с использованием ортопедической обуви Барука в послеоперационном периоде является методом выбора, позволяет улучшить функциональные показатели стопы, сокращает сроки стационарного режима, трудовой реинтеграции больных и процент рецидива болезни.

¹Солиев О.Ф., ^{1,2}Султанов Д.Д., ¹Джаборов Х.А., ¹Сайдалиев Ф.Дж.

РОЛЬ МЕТОДИКИ ASVAL В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель исследования. Оценить лечебную эффективность метода селективной минифлебэктомии варикозных притоков с сохранением магистральных вен у пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей.

Материал и методы исследования. В объект исследования входили 10 больных с варикозной болезнью НК С2 класса по CEAP, которым в отделении хирургии сосудов РНЦССХ была проведена изолированная минифлебэктомия притоков по методике Варради (Varady) с сохранением ствола большой подкожной вены. Средний возраст пациентов составил $41 \pm 1,8$ года. Всем пациентам предварительно было проведено УЗДС сосудов нижних конечностей. Несостоятельность клапанов в стволе большой подкожной вены и сафено-фemorальном соустье оценивали по наличию рефлюкса более 0,5 сек. при компрессионной проксимальной пробе во время дуплексного сканирования. Сроки наблюдения в послеоперационном периоде составили от 3-х до 6-ти месяцев.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам в послеоперационном периоде была произведена контрольная УЗДС вен нижних конечностей. Всего было выполнено 10 оперативных вмешательств по методике ASVAL. Все операции были выполнены на одной нижней конечности. Средний диаметр большой подкожной вены (БПВ), по данным ультразвукового ангиосканирования вен нижних конечностей, до операции составил $5,7 \pm 1,6$ мм. При контрольной УЗДС ствола большой подкожной вены в сроках 3 и 6 месяцев после операции диаметр большой подкожной вены составила $4,5 \pm 1,2$ и $2,0 \pm 0,8$ мм соответственно, т.е. имеется уменьшение в диаметре.

Заключение. Устранение варикозных притоков по методике ASVAL (Ablation Selective des Varices sous Anesthésie Locale) приводит к снижению венозной гипертензии в стволе большой подкожной вены, что проявляется в уменьшении диаметра и рефлюкса в указанной вене.

Султанов Д.Д., Тухтаев Ф.М., Азизов А.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Оценить эффективность комбинированных методов операций при посттромботической болезни (ПТБ) с трофическими язвами.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились 67 больных с ПТБ, осложненной трофическими язвами. Среди них мужчин было 45, женщин – 22. По тяжести ХВН согласно классификации CEAP 23 больных относились к С₅, 44 больных – к С₆ классам. Как известно, у больных с С₅ степенью ХВН имелись зажившие язвы, а С₆ степенью – открытые язвы. Для изучения венозной гемодинамики и диагностики посттромботических поражений глубоких вен применялся комплекс методов исследования, включавший ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) и у части больных – флебографию.

Результаты и их обсуждение. Ведущая роль в диагностике ПТБ отводится дуплексному сканированию, которое дает достаточную объективную информацию о состоянии глубоких вен всех зон, характере реканализации, состоянии коллатерального венозного оттока. По данным дуплексного сканирования, при ПТБ магистральная вена выглядит в виде ригидной трубки, слабо поддающейся компрессии датчиком, стенки утолщены, створки клапанов не дифференцируются, при проксимальной компрессии выявляется вертикальный рефлюкс.

Хирургическое лечение было проведено по разработанному нами способу ликвидации вено-венозных рефлюксов голени при хронической венозной недостаточности. Данный способ состоит из следующих компонентов: 1. Резекция задней большеберцовой вены; 2. Субфасциальная перевязка и пересечение перфорантных вен медиальной поверхности

нижней и средней трети голени; 3. Иссечение венозных сосудов по периметру медиальной лодыжки; 4. Разъединение естественных артериовенозных свищей между большеберцовой артерией и веной; 5. При наличии венозной трофической язвы голени - иссечение вен под язвой из этого же доступа.

Больным были проведены различные комбинации оперативных вмешательств в зависимости от характера и локализации посттромботических поражений глубоких вен. Так, у 52 больных флэбэктомия на голени комбинировалась с резекцией задней тibiальной вены и иссечением притекающих вен под язвой. У 8 - переключением поверхностной бедренной вены в глубокую в комбинации с резекцией задней тibiальной вены и

иссечением притекающих вен под язвой и у 7 - коррекцией надлобковых коллатералей в сочетании с резекцией тibiальных вен и иссечением притекающих вен под язвой.

Результаты комбинированных операций оказались превосходными. Так, все язвы зажили в относительно короткий промежуток времени. Рецидив язвы в отдаленном периоде был отмечен только в 2-х случаях (2,9%).

Заключение. Таким образом, по полученным нами отдаленным результатам можно утверждать, что операцией выбора у больных с ПТБ с трофическими язвами являются комбинированные операции: флэбэктомия вторично расширенных п/к вен голени, резекция задней тibiальной вены и иссечение притекающих вен под язвой.

Султанов Д.Д., Рахмонов Д.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ РЕЙНО

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений и течения болезни Рейно (БР).

Материал и методы исследования. Материалом для анализа послужили 186 больных с БР, обследованных и оперированных в сосудистом отделении РНЦССХ.

Особенности клиники и течения БР изучались с сопоставлением, сравнением и выделением отличий этих показателей при вторичных синдромах Рейно, которые также наблюдались в отделении.

Для диагностики и дифференциальной диагностики применялись инструментальные методы: УЗДАС, Рентгенография, КТ, лабораторные методы и функциональные тесты.

Результаты и их обсуждение. Особенности БР являлись:

1. этиологические причины неизвестны. При вторичном синдроме Рейно всегда отмечалась первичная патология. Такими заболеваниями среди наших больных являлись: костоклавикулярный синдром (ККС), скаленус-синдром, синдром малой грудной мышцы, добавочное и рудиментарное шейные ребра, системные аутоиммунные заболевания;

2. приступы вазоспазма при БР часто провоцировались нервными стрессами, а при синдроме Рейно, обусловленным компрессией СНП плечевого пояса, подобные приступы не наблюдались, признаки ишемии кистей сохранялись постоянно, при физической нагрузке, отведении, поднятии рук усиливались. При коллагенозах признаки ишемии кистей были постоянными, характерные трехфазные приступы ишемии не наблюдались;

3. сочетанные поражения артерий стоп, лица наблюдались только при БР (у 14% среди наших больных). При вторичном синдроме Рейно среди больных не имелись;

4. окклюзия пальцевых артерий при БР наблюдалась только у 3,2% больных, а при синдроме Рейно на почве коллагенозов - у 84% больных;

5. течение БР, по сравнению с вторичным синдромом Рейно, при коллагенозах более благоприятное. При сравнении с синдромом Рейно при компрессионных синдромах БР протекает более агрессивно: трофические изменения при БР составляли 12,3%, тогда как при синдроме Рейно 5,5%;

6. при БР неврологические нарушения были минимальными в виде парестезии кистей, иногда снижения чувствительности на

пальцах. При вторичном синдроме Рейно на почве синдрома верхней грудной апертуры отмечались нейропатические боли в области плечевого пояса, шейного радикулита, брахиоплексита.

Заключение. Таким образом, БР характеризуется прогрессирующим течением, в результате приводящим к трофическим нарушениям пальцев, нередко с сочетанием поражения периферических артерий стоп.

Тиллабоев С.В., Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МАЛЬРОТАЦИИ И НАРУШЕНИЙ ФИКСАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Узбекистан

Цель исследования. Изучить возможности вспомогательных методов исследований при различных нозологических формах нарушений ротации и фиксации кишечника у детей.

Материал и методы исследований. В основу исследования были положены данные 353 детей с различными формами врожденной кишечной непроходимости (ВКН). Данные дооперационной диагностики и интраоперационной ревизии органов брюшной полости позволили верифицировать у 59 (16,7%) больных высокую кишечную непроходимость, из них у 53 (15,0%) патология была обусловлена мальротацией; у 124 (35%) – низкая кишечная непроходимость, среди которых было 38 (30,6%) детей с мальротацией.

Результаты и их обсуждение. Независимо от возраста детей характер течения ротационных нарушений зависит от степени сдавления или заворота (частичный, полный) как в отдельных частях тонкой кишки, так и на протяжении всей средней кишки или нарушения пассажа по толстой кишке.

При обзорной рентгенографии трудно выявить патогномичные рентгенологические признаки, характерные для отдельных анатомических форм мальротации кишечника. На рентгенограммах можно выявить растянутый желудок, неравномерное распределение газа в кишечнике, скопление жидкости в нижних отделах брюшной полости. Могут быть видны два газовых пузыря с горизонтальными уровнями жидкости, что соответствует растянутому желудку и двенадцатиперстной кишке и указывает на обструкцию дистального отдела duodenum

при неправильной ее фиксации. При частичных обструкциях двенадцатиперстной кишки и (или) в пределах средней кишки выявляются множественные горизонтальные уровни или преимущественное скопление газа справа от позвоночника, в области мезогастрия при снижении или отсутствии пневматизации в других участках, что может быть косвенным признаком правостороннего положения тонкой кишки.

На ирригограммах обычно выявляется нетипичное расположение толстой кишки.

Характерными ЭХО-доплерографическими признаками являются спиралевидный ход петель тонкой кишки и верхней брыжеечной вены, расширение вены брыжейки тонкой кишки с нарушением венозного оттока от верхней брыжеечной вены с тенденцией к артериализации, наличие псевдосистолических пиков, повышение индекса резистентности до 0,81- 0,88 в верхней брыжеечной артерии.

Заключение. Таким образом, при отсутствии признаков осложнений мальротации кишечника обследование необходимо проводить в плановом порядке в полном объеме, включая ультразвуковые, доплерометрические, контрастные исследования ЖКТ и КТ органов брюшной полости. Серийное контрастное рентгенологическое обследование отделов ЖКТ и контрастная ирригография являются основным и информативным методом диагностики мальротации кишечника. При этом отмечают изменения положения всего кишечника, особенно толстой кишки, и меняется его синтопия с окружающими органами.

Тоиров М.Г., Назаров К.Х., Ходиев Ш.И., Ёров У.У.

ПРИМЕНЕНИЕ ДВУХ ВИДОВ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Хатлонская областная клиническая больница им. Б. Вохидова

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Материал и методы исследования. С ноября 2009 г. по декабрь 2018 г. в отделение общей хирургии Хатлонской областной клинической больницы им. Б. Вохидова находились на лечение 68 больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей в возрасте от 21 до 77 лет, в среднем 48 лет. Женщин было 41 (60,2%), мужчин - 27 (39,8%). При постановке диагноза учитывали клиническую семиотику, данные анамнеза, лабораторных и дополнительных методов исследований.

Для изучения локализации и венозной гемодинамики всем больным выполняли УЗДГ.

Результаты и их обсуждение. Всем больным после уточнения диагноза назначали постельный режим и проводилось консервативное лечение по разработанной схеме. Длительность лечения составила 9-10 суток. Всем больным в зависимости от сегмента поражения во время УЗДГ исследования венозный кровоток отсутствовал или определялось снижение венозного кровотока по сравнению здоровой конечностью.

Комплексная терапия включала: нефракционный гепарин по 5 тыс. ед. 6 раз в сутки до 7 дней в зависимости от массы тела больного, лекарственную смесь, состоящую из физиологического раствора, реополиглюкина, латрена, трентала, гепарина и папаверина; флеботоники, нестероидные противовоспалительные препараты, местно – компрессы с мазями гепарина, лиотона, индометацина.

Антикоагулянты непрямого действия, в основном варфарин, мы назначали со второго-третьего дня лечения.

Из лабораторных данных мы изучали развернутую свертывающую систему крови, а контроль ССК во время лечения осуществляли по Ли-Уайту. Следует отметить, что после проведенного лечения отмечалось уменьшение отеков, боли полностью прошли. Использование нефракционного гепарина приводило к нестойкой гипокоагуляции. ССК по Ли-Уайту колебалась от 3 до 11 мин. Применение двух антикоагулянтов приводит к стойкой гипокоагуляции крови. ССК по Ли-Уайту держалось на 13-15 мин. У 4 больных отеки не прошли во время лечения. Это связано с поздним обращением и тотальным окклюзионным тромбозом глубоких вен нижних конечностей, который обнаружен с помощью данных УЗДГ. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии была выявлена у 2 больных при поступлении. Летальных исходов не было.

Следует отметить, что антикоагулянты непрямого действия противопоказано применять у беременных, потому что они проникают через гематоэнцефалический барьер и приводят к внутримозговым гематомам.

Заключение. УЗДГ определяет венозную гемодинамику и локализацию тромба. Сроки консервативного лечения были сокращены до 9-10 дней, по сравнению с 14 днями при стандартной схеме лечения. Применение двух антикоагулянтов приводит к стойкой гипокоагуляции крови. Раннее обращение и лечение приводят к быстрейшему выздоровлению.

¹Файзиев З.Ш., ¹Бокиев Ф.Б., ^{1,2}Амонов Ш.Ш., ²Олими М.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОСКОПИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

²Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Оценить диагностические возможности интраоперационной холангиоскопии при механической желтухе.

Материал и методы исследования. Исследование основано на результатах обследования 159 больных, которые поступили в отделение эндоскопической хирургии РНЦССХ за последние 5 лет с клиническими признаками обструкции желчных путей различной этиологии. Возраст больных варьировал от 26 до 78 лет, преобладали лица женского пола 137 (86,2%).

В дооперационном периоде кроме общеклинических методов исследования применяли ультразвуковое исследование, компьютерную или магнитно-резонансную томографию.

В связи с прогрессированием клиники механической желтухи больные подвергались открытому оперативному вмешательству с последующей ревизией желчных путей. Исследование проводили интраоперационно фиброхолангископом фирмы «OLIMPUS» (Япония) диаметром 5 мм, имеющим рабочий канал для промывания и аспирации. Пациенты с установленным опухолевым генезом механической желтухи и пациенты, которым были произведены миниинвазивные вмешательства, не включены в данное исследование.

Результаты и их обсуждение. На диагностическом этапе было установлено, что возможной причиной обструкции желчных путей у 145 (91,2%) больных была желчно-каменная болезнь (ЖКБ) и её осложнения, у 4 (2,52%) - прорыв эхинококковой кисты в желчные пути, у 1 (0,62%) - отрыв и оставление части дренажной трубки после холедохолитотомии. У остальных 9 (5,66%) больных

обструкция желчных путей имела неясный генез.

Во время операции у 150 (94,33%) больных с установленной причиной обструкции желчных путей инородные тела (желчные конкременты, обрывки хитиновой оболочки) удалены, а желчных пути санированы. Из 9 больных с неустановленной причиной обтурации желчных путей в 4 случаях обнаружены конкременты в желчных путях, в 3 случаях диагностирован прорыв эхинококковых кист в желчные пути, соответственно, обнаружены обрывки хитиновой оболочки, обтурирующие просвет долевых протоков, а в 2 случаях выявлено поражение гепатикохоледоха опухолевым процессом.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнений, связанных с проведением холангиоскопии, не было. В 3 (1,9%) случаях отмечены резидуальные конкременты мелких размеров, в одном случае в ранние сроки, а в двух - через 3 месяца после операции, что послужило причиной рецидива механической желтухи. Этим пациентам проведена эндоскопическая папилосфинктеротомия с экстракцией конкрементов с хорошим результатом.

Заключение. Информативность интраоперационной холангиоскопии при открытых операциях в оценке состояния вне- и внутрипеченочных желчных путей и выявлении причин механической желтухи составляет 98,1%, что выше показателей интраоперационной холангиографии (75-85,7%). Интраоперационная холангиоскопия является высокоинформативным объективным методом диагностики обструкции желчных путей и должна применяться во всех случаях открытой ревизии желчных путей.

Файзов К.С., Юсупова З.Х., Исмоилов Ф.Н., Назаров Р.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ И ЦЕЛЬНОЛИТЫХ ВНУТРИКОРНЕВЫХ ШТИФТОВ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности применения литых культевых штифтовых вкладок по общепринятым методикам в клинике ортопедической стоматологии и стандартных внутрикорневых штифтов при восстановлении культы

передних зубов для протезирования металлокерамическими и металлопластмассовыми коронками.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 47 больных обоого пола с дефектами корон-

ковой части 102 зубов. 23 больным для восстановления культы зуба применялись стандартные штифты известных производителей. 24 больным изготавливались литые культевые штифтовые вкладки прямым методом.

Результаты и их обсуждение. Клинические наблюдения в отдаленные сроки показали высокую эффективность восстановления культы зубов с применением литых культевых штифтовых вкладок по общепринятым методикам, по сравнению с использованием стандартных штифтов, с последующим их покрытием эстетическими коронками. Для восстановления разрушенных передних групп зубов чаще применяли конструкции

литой культевой штифтовой вкладки с индивидуальной моделировкой, тогда как конструкции из стандартных штифтов (анкеры) с искусственной культей из световой пломбы применимы для восстановления зубов с одним корнем при дефиците времени или при отсутствии литья.

Заключение. При восстановлении культы разрушенных передних зубов предпочтительно применение литой культевой штифтовой вкладки с индивидуальной моделировкой, а конструкция стандартных штифтов с искусственной культей применима для восстановления однокорневых зубов при дефиците времени или при отсутствии в лаборатории литейной установки.

Файзуллаева М.Ф., Одинаева М.С., Маджитов Ф.К., Нилуфари Ю.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СОСУДИСТО-НЕРВНЫХ ПУЧКОВ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра хирургических болезней №2
РНЦССХ

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с закрытыми переломами костей и повреждениями сосудисто-нервных пучков верхних конечностей.

Материал и методы исследования. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с 2010 по 2018 гг. обратились 18 больных детей в экстренном порядке с повреждениями костей и сосудисто-нервных пучков верхних конечностей в возрасте от 7 до 14 лет. При обследовании у 15 больных отмечался закрытый чрезмышечковый перелом плечевой кости верхних конечностей со смещением костных отломков. В 3 случаях имели место вывихи костей локтевого сустава. У 14 из общего числа больных отмечалось отсутствие магистрального кровотока по плечевой артерии, у 2 – по лучевой артерии и у 1 – по локтевой артерии. У 7 больных наблюдалась критическая ишемия конечности. У 6 больных кровообращение оценено как субкомпенсированное и у 3 - компенсированное.

Результаты и их обсуждение. При интраоперационной ревизии пациентов установлено полное пересечение сосудов:

плечевой (8), лучевой (1) и локтевой (1) артерий. Отрыв интимы плечевой артерий с тромбозом наблюдался у 6 детей. Повреждение плечевой артерии в области бифуркации с массивным размождением мягких тканей на фоне перелома плечевой кости имело место у 3 больных. Во всех случаях отмечалось сдавление СНП гематомой. Сопутствующее повреждение мышц плеча имело место у 14 детей. Причинами появления клиники повреждения срединного нерва у 9 детей оказались компрессия (6), тракция (2) и отрыв (2).

Больным были выполнены оперативные вмешательства, направленные на восстановление кровообращения и непрерывности нервных стволов. При выполнении операций всегда первично осуществлялся костный этап. После открытой репозиции фиксация костных отломков достигалась перекрестным проведением спиц Киршнера. Затем зашивали прерванные мышцы и сухожилия, что позволяло ещё надёжнее фиксировать костные отломки в нужном положении и значительно сблизить концы повреждённых СНП верхних конечностей. При диастазе сосудов до 3 см наложен циркулярный шов. В 3 случаях с

компрессией плечевой артерии установлено, что непрерывность сосудов сохранена, в связи с чем одновременно была выполнена десимпатизация сосудов. В 11 случаях для реконструкции использованы аутовенозные трансплантаты длиной от 3 до 10 см. В том числе, в 1 случае при повреждении бифуркации плечевой артерии был использован Y-образный аутовенозный трансплантат. В другом случае, где отмечалось протяжённое повреждение плечевой артерии и артерий предплечья, выполнена плечелучевая аутовенозная пластика.

Раны у 18 детей, получивших экстренное микрохирургическое лечение, зажили в течение 4 недель. Костная мозоль на месте перелома костей верхних конечностей фор-

мировалась в течение 4-8 недель, осложнений при этом со стороны костной ткани не наблюдалось. Восстановленные сосуды, которые были соединены путём наложения анастомоза по типу "конец в конец" и аутовенозной пластики были проходимы. Экстренное наложение эпинеуральных швов обеспечило полное прорастание чувствительных и двигательных аксонов.

Заключение. Таким образом, открытая репозиция при закрытых переломах верхних конечностей позволяет своевременно распознать повреждение сосудисто-нервных пучков, предотвращает развитие ишемической контрактуры Фолькмана и тем самым уменьшает количество инвалидов раннего возраста.

Хайруллои Н., Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А.

НЕОБОСНОВАННАЯ ПЕРЕВЯЗКА СОСУДОВ НА ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
РНЦССХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Анализ допущенных ошибок при оказании помощи пострадавшим с повреждениями сосудов верхних конечностей.

Материал и методы исследования. При хирургической коррекции поврежденных структур верхних конечностей 48 пострадавшим было установлено, что в 18 наблюдениях пациентам на этапах оказания первичной медицинской помощи была выполнена необоснованная перевязка поврежденных сосудов плеча и предплечья.

Больные находились на лечении в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ за период с 2010 по 2019 гг. Сроки поступления пострадавших колебались от 2 до 12 часов. Среди 18 пострадавших субкомпенсация кровообращения поврежденных конечностей имела место у 3 пациентов. Факторами повреждения у 6 пострадавших явились переломы плеча, у 12 – острые режущие предметы.

УЗДГ сосудов верхней конечности была использована 12 пострадавшим, а всем пациентам с костно-сосудистыми повреждениями была выполнена рентгенография верхней

конечности. Интраоперационная электростимуляция мышц была проведена при сочетанном костно-сосудистом повреждении, где отмечалось массивное повреждение мышц плеча.

Результаты и их обсуждение. Все пострадавшие после кратковременной подготовки были оперированы. Дети до 14 лет были оперированы под общим обезболиванием, остальным применялась регионарная анестезия. При операции было установлено, что перевязка плечевой артерии была осуществлена 7, лучевой артерии - 5, локтевой - 3, одновременная перевязка обеих артерий предплечья - 3 пострадавшим. Среди 8 пострадавших с повреждением плечевой артерии одному пациенту при оказании первичной помощи была иссечена бифуркация плечевой артерии вместе с артериями предплечья.

Всем пострадавшим были выполнены реконструкции сосудов и других поврежденных структур. При костно-сосудистых повреждениях (6) реконструкция сосуда была осуществлена после выполнения остеосинтеза. В одном наблюдении, где была иссечена бифуркация плечевой артерии, использовали

бифуркационное протезирование аутовенозным трансплантатом. Оказанное действие медицинских работников на этапах оказания первичной помощи привело к удлинению дефекта поврежденных сосудов. В связи с этим, в абсолютном большинстве случаев (14) восстановление кровообращения конечности достигалось путем применения аутовенозных вставок. Циркулярный шов сосуда удалось выполнить лишь в 4 наблюдениях. При этом шов плечевой артерии был наложен 3, лучевой артерии – одному пострадавшему.

Тромбоз плечевой артерии в послеоперационном периоде был выявлен в одном случае. Повторная реконструкция привела к успеху.

Заключение. Таким образом, необошенная перевязка сосуда при оказании первичной медицинской помощи в большинстве случаев приводит к травматизации концов поврежденного сосуда, что наряду с расширением объема операции требует применения аутовенозных трансплантатов.

Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Р.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ПУТИ ПОВТОРНОЙ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов повторной РО на аноректальной зоне (АРЗ) у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 49 больных за последние 10 лет с функциональным нарушением заднего прохода после первичной хирургической коррекции АРП. Среди них 22 (44,8%) больным была произведена повторная ПП, 14 (28,5%) - БПП, 8 (16,4%) - ПСАРП, 5 (10,3%) - ЗСАРП. Больные были оперированы: двукратно – 21 (42,8%), трёхкратно – 19 (38,8%) и четырёхкратно и более – 9 (18,4%). Всего произведено 49 больным 135 операций. Пациенты распределены на 2 группы. Первая - 23, получившие только оперативное лечение. Вторая – 26, после каждой повторной операции получившие реабилитационное лечение (РЛ).

Всем больным проводились общефизикальные, лабораторные и специальные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. При тщательном изучении историй болезни, выписок и анамнеза больных нами было выявлено, что неудачность первичной хирургической коррекции АРП и её ПО развивались на почве диагностических (39%) и тактических (61%) ошибок. Среди диагностических ошибок были: неправильное определение высоты атрезии, недиагностирование свищей уретры, неточная идентификация аномалий при первичной

диагностике. Из числа тактических были: неправильный выбор показаний и сроков проведения первичной радикальной операции или наложения колостомы. Из технических: ранение уретры, повреждение сфинктера, недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки. При повторной РО придерживались следующих тактических и технических приёмов: по возможности обходиться без лапаротомии, с минимальной диссекцией тканей с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации; точно выводить прямую кишку через центр удерживающего мышечного комплекса; восстанавливать физиологический аноректальный угол; сохранять внутренний анальный сфинктер; избегать натяжения в зоне вновь сформированного заднего прохода. Следует отметить, что повторные операции выполнялись в более сложных условиях, чем первичные, и с меньшими возможностями выбора оперативного метода, что усугублялось наличием грубых рубцовых изменений тканей промежности. При решении проблемы РО важно совершенствование хирургической техники, а также как устранение дефекта ПО, так и профилактика причин, приводящих к этому.

Результаты повторной РО показали, что, чем больше кратность операции, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса. Поэтому важно, чтобы между операциями проводилось местное проти-

вовоспалительное и противоспаечное РЛ, как профилактика разрастания рубцовой ткани. В основной группе всем больным при недостаточности анального сфинктера проводилась электростимуляция анального жома аппаратом ФЭС-02, а при стенозе заднего прохода -электрофорез с лидазой и баллонодилатация. Такая комбинация РЛ с оперативным лечением на 30% улучшила

результаты лечения повторных КО на АРЗ у детей. Результаты исследований показывают, что при выборе тактики лечения эффективным после каждого этапа РО является проведение послеоперационной РЛ.

Заключение. Таким образом, для улучшения результатов повторных РО на АРЗ рекомендуется проведение местного РЛ перед каждым этапом операции.

Хамраев А.Ж., Мирзаахмедов У.М.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения ХК у детей путем оптимизации диагностики, показаний и выбора методов операций.

Материал и методы исследования. На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ за последние 5 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 198 больных детей с ХК в возрасте: до 3 лет - 40 (20,2%); 4-6 лет- 52 (26,2%); 7-12лет- 58 (29,2%); 13-17лет - 46 (23,2%). Мальчики составили 106 (53,5%), девочки - 92 (46,5%).

Всем больным с ХК проводились обследования: общеклинические, лабораторные, ректальное пальцевое, аноскопия, ректоскопия, ирригоскопия, полипозиционная ирригография, колоноскопия, пассаж ЖКТ, МРТ и УЗИ органов малого таза и дистального отдела позвоночника. Это позволило с большей достоверностью выявить причину моторно-эвакуаторного нарушения толстой кишки: удлинения, сужения, опущения, дефекта фиксации и нарушения функции мышц тазового дна.

Результаты и их обсуждение. Нами был диагностирован первичный ХК: у 86 (43,4%) больных выявлена долихосигма, у 41 (20,7%) – транзверзоптоз с синдромом Пайра (двухстволка в селезеночном изгибе), у 8 (4%) - синдром Хилайдити (двухстволка в печеночном изгибе), у 11 (5,5%) – долихоколон, у 28 (14,1%) – кологенный, и у 24 (12,1%) – проктогенный. Среди них 171 (86,3%) пациент получил консервативное лечение, остальные 27 (13,6%) подверглись оперативному лечению.

При выборе методов операции учитывался возраст больных, характер и локализация па-

тологии. Поэтому хирургические доступы и методы операции были различными. У детей старшего возраста при декомпенсированной форме транзверзоптоза и его сочетании с болезнью Пайра и Хилайдити, нами выполнена резекция и фиксация толстой кишки, операция осуществлялась только абдоминальным доступом – у 11 (40,7%) больных. У детей дошкольного возраста при декомпенсированной форме долихосигмы и её сужениях проводили брюшно-промежностную проктопластику по Соаве-Ленюшкину – у 6 (22,2%), при анальной ахалазии проводили сфинктеротомию – у 4 (14,8%) больных. У детей до 3 лет при декомпенсированной форме мегаректума и долихосигмы выполнялись операции с применением трансанального доступа по методу Делаторре-Мандрагона - у 6 (22,2%) больных. При таком дифференцированном тактическом подходе хирургического лечения у всех больных с ХК получены хорошие результаты. Рецидивы не наблюдались. В отдаленном послеоперационном периоде у одной девочки наблюдались запоры. При длительной реабилитации больная вылечилась

Заключение. При суб- и декомпенсированных формах ХК у детей показаниями к хирургическому лечению являются: отсутствие эффекта от длительного проводимого консервативного лечения, нарастание явлений хронической толстокишечной непроходимости с декомпенсированным течением и ухудшением состояния больного. Выбор метода операции зависел от характера и локализации патологии толстой кишки и возраста больных с учетом объема резекции и фиксации кишечника.

Хамроев У.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА ТРАНСАНАЛЬНОГО ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО НИЗВЕДЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения при БГ у детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. Нами проведено обследование и хирургическое лечение за последние 8 лет у 26 грудных детей при дистальных формах БГ в возрасте: до 28 дней – у 2 (7,2%); 1-3 – у 7 (25%); 3-6 мес. – 6 (21,5%); 6-12 месяцев – 11 (39,3%).

Лечение проводили по методу ТАЭРНТК на клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ. Сущность операции ТАЭРНТК (Делаторре-Мандрагона) заключается в отсутствие брюшного этапа радикальной операции при БГ и проведении демуккозации трансанальным доступом без повреждения сфинктера. При этом резецируется достаточно мобилизованный дистальный отдел толстой кишки и создается колоанальный анастомоз.

Результаты и их обсуждение. Показаниями к ТАЭРНТК явились: а) ректальная форма БГ с поражением ампулярной части; г) ректосигмоидальная форма с длинной зоны аганглиоза; б) отсутствие острого воспаления в слизистой стенке дистальной части сигмовидной, прямой кишки и резкой дилатации ампулы прямой кишки. У новорожденных с БГ нами проведено консервативное лечение для ликвидации энтероколита, и только лишь у двух больных определены показания к радикальной операции Делаторре-Мандрагона. В 6 случаях у новорожденных с БГ с длинными зонами аганглиоза с явлениями низкой острой кишечной непроходимости, а также некупирующимся энтероколитом ограничивались только наложением колостомы на проксимальную часть аганглионарной зоны. Остальным 16 пациентом проведена радикальная операция Делаторре-Мандрагона в период грудного возраста, без предварительного накладывания колостомы.

По нашим данным, после ТАЭРНТК осложнений в послеоперационном периоде не наблюдались. Течение послеоперационного периода протекало удовлетворительно. Учитывая относительно короткую длительность, минимальную травматичность операции, перевод на самостоятельное дыхание больного осуществлялось в течение 6 часов после операции. При этом проводилось энтеральное кормление со вторых суток. На вторые сутки появилась перистальтика кишок и раннее отхождение самостоятельного стула. Это всё в послеоперационном периоде значительно сократило сроки необходимости общего обезболивания. Больные с удовлетворительным состоянием выписались домой на 7 сутки после операции. При ежемесячном контрольном осмотре у всех больных клинические признаки запора отсутствовали, недержание кала выявлено у 18 (75%) оперированных больных. В послеоперационном периоде в течение 2-3 месяцев отмечалось учащение стула до 2-3 раз в сутки. В реабилитационном лечении после проведения 1-3 курсов электростимуляции с интервалом 2-3 месяцев недержание кала постепенно исчезло.

Преимуществами операция явились: а) радикальность; б) щадящий режим; в) короткая продолжительность; г) техническая простота выполнения; д) отсутствие многоэтапности; е) исключение послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости и малого таза; ё) сигмостомия при хорошей подготовке кишечника не обязательна; ж) отмечается гладкое послеоперационное течение; з) малые экономические затраты.

Заключение. Таким образом, при хирургическом лечении дистальных форм БГ у детей грудного возраста ТАЭРНТК (Делаторре-Мандрагона) является высокоэффективным методом выбора.

*Ходиев Ш.И., Нурализода А.Ч., Бояков Ё.Д.,
Тоиров М.Г., Мирзоолимов Ш.А.*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Кафедра хирургии отделения Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Хатлонская областная клиническая больница имени Б. Вохидова

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с заворотом сигмовидной кишки

Материал и методы исследования. В период 2008-2018 годы в хирургическом отделении Хатлонской областной клинической больницы имени Б. Вохидова был оперирован 41 больной с заворотом сигмовидной кишки; среди них мужчин - 27, женщин - 14. Возраст больных колебался от 27 лет до 71 года.

Больным до операции была проведена соответствующая предоперационная подготовка с использованием дополнительных методов исследования: обзорная рентгенография брюшной полости, рентгенография брюшной полости с дачей сульфата бария. Рентгенография грудной клетки и ЭКГ, по показаниям - УЗИ, ФГДС.

Результаты и их обсуждение. Больным были проведены следующие оперативные вмешательства. Лапаротомия, деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну произведена у 24 больных. В основном, по дежурству хирургами, которые не справляются с резекцией, а также у возрастных групп больных с сопутствующей патологией. У 4 больных с некрозом кишки и перитонитом операция была завершена резекцией киш-

ки с одностольной колостомой - операция Гартмана, эти пациенты госпитализированы на повторную операцию для восстановления непрерывности кишки через 2,5-3 месяца.

Резекция кишки с толсто-толсто кишечным анастомозом проведена у 13 больных с жизнеспособной кишкой, а также с некрозом без перитонита. Из этих больных трое поступали повторно, им в течение года было выполнено оперативное вмешательство - деторсия с мезосигмопликацией.

У одной больной, чья операция началась с диагностической лапароскопии, установлена опухоль сигмовидной кишки, ей в конечном счете резекцию опухоли и восстановление непрерывности кишечника удалось закончить лапароскопическим экстракорпоральным путём.

Заключение. Таким образом, у больных с заворотом сигмовидной кишки паллиативные оперативные вмешательства нецелесообразны, так как ведут к прогрессированию функциональных расстройств толстого кишечника и не предотвращают возможности рецидива в дальнейшем. Соответственно резекция кишки с первичным анастомозом при отсутствии перитонита и сопутствующей патологии у возрастных групп является радикальной, больные избавляются от частых приступа заворота.

Холматов И.Б., Мавлянова З.Р., Махкамова М.А.

ОДНОМОМЕНТНАЯ ТИМПАНОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Курс оториноларингологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Проанализировать эффективность тимпаноластики и мастоидопластики при хроническом гнойном среднем отите, осложненном холестеатомой, кариесом костей и мастоидитом.

Материал и методы исследования. Нами разработана методика мастоидопластики и совершенствуются этапы тимпаноластики. Из области предполагаемой трепанации сосцевидного отростка после

санирования заготавливали 2-3 кортикальные пластинки размерами $4 \times 3 \times 0,5$, а также здоровые кортикальные стружки, которые помещали до конца операции в раствор антибиотика. В дальнейшем выполняли радикальную операцию по общепринятой методике.

Миринопластику производили с использованием барабанной перепонки, фациального лоскута и фациального периоста. Затем восстанавливали кортикальными пластинками мостик и заднюю стенку слухового прохода (пластику кожи слухового прохода не производили). Здоровые кортикальные стружки укладывали в полость сосцевидного отростка.

У больных с субтотальными перфорациями барабанной перепонки стремились отсепаровать сохранившуюся барабанную перепонку вместе с ее сухожильным кольцом и кожей костной части слуховых косточек. Последние укрепляли фрагментом фасции. Кроме того, фрагмент фасции укладывали на реконструированную цепь слуховых косточек и производили миринопластику фациальным лоскутом. Крайя последнего прикрывали кожей слухового прохода, затем снаружи укладывали фациальный лоскут, припудривали антибиотиком, вставили

турунду в слуховой проход. Производили мастоидопластику.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находилось 134 больных в возрасте от 15 до 65 лет: мужчин - 48, женщин - 86. У 88 больных был диагностирован хронический гнойный эпимезотимпанит, у 46 – эптитимпанит, осложненный мастоидитом. Выписывали из стационара на 20-25-й день после операции с «сухим» ухом, с восстановленной структурой слухового прохода и сохранением его функции. Слух улучшился на 20-40 Дб.

При контроле 46 больных (1-15 года) отмечены осложнения: перфорация лоскута – у 3, болезнь лоскута – у 2. При аудиологическом исследовании отмечен дальнейший прирост слуха у подавляющего большинства больных.

Заключение. Проведенный нами хирургический метод лечения одномоментной тимпаноластики и мастоидопластики при хроническом гнойном среднем отите и мастоидите с использованием трансплантата из фасции височной мышцы, периоста, хряща и кортикальной кости способствует быстрейшему восстановлению архитектоники среднего уха и способствует улучшению слуховой функции.

Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Н., Хамидов Б.Х., Саттаров Ж.Б.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Узбекистан

Цель работы. Изучить структуру острого аппендицита у детей по данным 2 ГДХКБ города Ташкент.

Материал и методы исследования. На базе детской городской клинической больницы №2 г. Ташкент ТашПМИ за 2016-2018 гг. пролечено 1593 ребенка с различными формами острого аппендицита. Мальчиков было 841 (52,7%), девочек – 752 (47,3%). Возраст детей варьировал от 1 года до 18 лет. Пик заболеваемости приходился на 9-12 лет.

Результаты и их обсуждение. В структуре заболевания превалировал флегмонозный аппендицит – 1314 (82,6%). Катаральная

форма отмечена у 82 (5,1%) больных. Гангренозный аппендицит обнаружен в 123 (7,7%) случаях, гангренозно-перфоративный аппендицит с перитонитом – в 74 (4,6%), что было связано с поздним поступлением пациентов в стационар. Разнообразие клинических проявлений острого аппендицита зависит от расположения червеобразного отростка, степени выраженности воспалительного процесса, реактивности организма и возраста пациента. Среди многочисленных симптомов острого аппендицита наибольшее значение имеют локальная болезненность в правой подвздошной области (94%), пассивное на-

пряжение мышц передней брюшной стенки (86%) и симптомы раздражения брюшины, в первую очередь симптом Щеткина-Блюмберга. Однако симптомы раздражения брюшины приобретают диагностическую ценность лишь у детей старше 6-7 лет и не являются постоянными (55%). Перкуссия передней брюшной стенки обычно болезненна. Ценным методом диагностики является пальпация живота во сне, которая позволила выявить локальное пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки, особенно у беспокойных детей, осмотр которых в состоянии бодрствования была затруднен. У 952 (59,8%) детей отмечена одно-двукратная рвота, подъем температуры тела до 38°, изменения стула. Наибольшая сложность диагностики отмечена в младшей возрастной группе, именно у них при 53 (3,3%) операциях констатирован вторичный аппендицит в

сочетании с острым неспецифическим мезаденитом или пельвиоперитонитом.

В общем анализе крови отмечен лейкоцитоз. После предоперационной подготовки (инфузионная терапия, антибактериальная профилактика) были выполнены экстренные аппендэктомии. Лапаротомия по Волковичу-Дьяконову произведена 1526 (95,8%) больным, трансректальная лапаротомия – 67 (4,2%). Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии домой. Летальных исходов не было.

Заключение. Таким образом, проблема острого аппендицита далека от своего решения, отмечено большое количество тактических ошибок на всех этапах диагностики. Знание особенностей клинической картины, своевременная постановка диагноза и адекватное лечение позволят сократить послеоперационные осложнения и уменьшить летальность.

Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Отаназаров Ж.У.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Узбекистан

Цель исследования. Анализ аспектов диагностики и тактики лечения инвагинации кишечника у детей по материалам клиники за последние 10 лет.

Материал и методы исследования. В ГДХКБ №2 города Ташкент (клиническая база кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ) с 2009 по 2018 г. находилось на лечении 162 ребенка с инвагинацией кишечника в возрасте от 3 месяцев до 7 лет, мальчиков было 110 (67,9%), девочек – 52 (32,1%). До 1 года было 116 (71,6%) пациента, старше года – 46 (28,4%). Наиболее часто инвагинация встречалась в возрасте от 5 до 11 месяцев – 108 (66,7%) детей.

Всем больным проводилось клиническое обследование, применялись лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления заболевания характеризовались полиморфизмом. Приступообразные боли в животе в виде периодического беспокойства отмечались у 157 (97%) пациентов, у 36 (22%) из них с повышением температуры

тела до субфебрильных цифр. У 136 (83,9%) больных наблюдалась рвота, в начале заболевания – содержимым желудка, затем – с примесью желчи, у 5 – застойным содержимым. У 51 (31,5%) определялось вздутие живота. Пальпация инвагината в виде опухолевидного подвижного, болезненного образования была возможна в 108 (66,7%) случаях.

У 94 (58%) больных инвагинация устранена при нагнетании в толстую кишку воздуха с контролем создаваемого давления. Критерием расправления инвагинации служило прохождение воздуха в терминальный отдел подвздошной кишки, а также исчезновение опухолевидного образования в брюшной полости. В 8 (4,9%) случаях расправить инвагинат не удалось, эти больные подвергнуты оперативной дезинвагинации.

Всего хирургическое лечение выполнено 68 (42%) больным. Показания к оперативному лечению были следующими: клинические признаки перитонита; тонко-тонкокишечная инвагинация (диагностирована при УЗИ); безуспешность консервативного лечения. Во время операции верифициро-

ваны следующие формы ИК: тонко-тонкокишечная – у 3 (4,3%) больных; подвздошно-ободочная – у 29 (42,7%); слепо-ободочная – у 35 (51,5%); толсто-толстокишечная – у одного (1,5%).

У 16 (23,4%) детей имелся некроз кишки, потребовавший резекции: тонкого кишечника у 8 (11,7%) больных с наложением илеостомы; илеоцекального угла с блоком инвагината – у 8 (11,7) с формированием илео-асцендоанастомоза. Дети, перенесшие дезинвагинации с резекцией тонкого кишечника и формированием энтеростомы, были оперированы в плановом порядке спустя 1,5-2 мес. после первичной операции. Рецидив инвагинации наблюдался у 2 (2,9%) больных

на 2-3 сутки после оперативной дезинвагинации, эти больные повторно оперированы. Других осложнений в послеоперационном периоде и летальных исходов среди наблюдавшихся больных не отмечено.

Заключение. Таким образом, в диагностике инвагинации кишечника у детей, кроме клинической картины, важное значение имеет эхографическое исследование. Применение неинвазивного метода лечения (пневмоирригокомпрессии) позволяет выполнить дезинвагинацию в большинстве случаев. Тактика лечения определяется не сроками от начала заболевания, а тяжестью состояния при осложнении ИК перитонитом, сепсисом.

Хуррамов Ф.М., Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Абдуллаева Ш.З.

СТРУКТУРА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕИ У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Узбекистан

Цель исследования. Определение нозологических форм, особенностей клинического течения и анализ результатов лечения ГВЗ в области шеи у детей по материалам клиники.

Материал и методы исследования. Изучена частота встречаемости, особенности клинического течения, исходы ГВЗ мягких тканей шеи на основе комплексного клинического осмотра и проведения специальных методов исследования в 2017-2018 гг.

Результаты и их обсуждение. Частота встречаемости ГВЗ шеи составила 216 (5,7%) от общего числа нагноительных процессов мягких тканей различных локализаций у детей. Среди нозологических форм наиболее часто отмечены лимфадениты – у 67 (31%), аденофлегмоны – у 43 (19,9%), преимущественно одонтогенной и тонзиллогенной этиологии (кариес зубов, тонзиллиты) в подбородочной области. Локализация процесса в подбородочной области и боковых отделах шеи, в основном, была связана с осложнениями срединных и боковых свищей шеи. В 107 (49,5%) наблюдениях процесс протекал в виде локального гнойного очага, с проявлениями

гиперемии, болезненной инфильтрацией мягких тканей. У 109 (50,5%) больных отмечены явления эндогенной интоксикации. Неблагоприятный соматический фон, обусловленные различными факторами, способствует генерализованному течению с развитием осложнений. Этиологические факторы были переменными, нередко полиморфными, обусловлены микробами (грам+ и грам-, кокки, анаэробы и аэробы). При лимфаденитах проводилось консервативное лечение, признаки абсцедирования служили показанием для вскрытия с дренированием и проведением комплекса мер по лечению гнойных ран.

Заключение. Таким образом, структура гнойно-воспалительных заболеваний у детей в области шеи в основном представлена в виде лимфаденита с очагами абсцедирования и флегмон шеи. Основными способами диагностики является общий клинический осмотр с выявлением местных и общих явлений воспалительного процесса. В случаях сложности в диагностике используются УЗИ и КТ. В зависимости от стадии гнойно-воспалительного процесса проводится консервативное или оперативное лечение.

Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.Д., Рахмонов И.Р.

ПРИМЕНЕНИЕ ТКАНЕВЫХ МЕМБРАН ИЗ СВЕРХТОНКИХ МАТЕРИАЛОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ ДЛЯ ЗАПЕЧАТЫВАНИЯ КОСТНЫХ ПОЛОСТЕЙ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Разработка ускорения процессов регенерации костной ткани на основе биосовместимых материалов и мембран из пористого никелида титана с памятью формы.

Материал и методы исследования. В Городской стоматологической поликлинике г. Душанбе, за период 2015-2017 гг. у 38 больных с одонтогенными кистами челюстей произведено цистэктомия. При отсутствии и полном истончении кортикальной пластинки для получения собственного костного регенерата в образованных костных полостях после вылуцивания оболочки кисты произведено запечатывание полостей тканевой мембраны из никелида титана. Из общего количества больных мужчины составили 21, женщины – 17, в возрасте от 21 до 60 лет.

Обследование проводили по традиционной схеме, для детализации анатомических образований и определения плотности костных структур проводили ортопантомографию челюстей (ОПГ), по необходимости - компьютерную томографию (КТ).

Перед операцией проводили стерилизацию тканевой мембраны в сухожаровом шкафу при температуре $120 \pm 5^\circ\text{C}$ в течение 60 минут. Далее из нее с помощью хирургических ножниц вырезали мембрану в зависимости от топографии и геометрической формы костных дефектов. Для этого изготавливали шаблон из полиэтиленовой пленки с учетом перекрытия периферии костного дефекта на 3-4 мм. Затем по шаблону изготавливали мембрану, фиксацию которой осуществляли путем введения ее краев под периост. Мягкие ткани над мембраной ушивали одноименными шовными материалами толщиной нити 3/0. С целью профилактики осложнений больным были назначены антибиотики, десенсибилизирующие и обезболивающие средства. Швы снимали через 10-12 дней. У всех оперированных больных восстановле-

ние костных структур в оперируемой зоне отмечено как оптимальное, каких-либо осложнений общего и местного характера не было выявлено.

Результаты и их обсуждение. Наши наблюдения показывают, что применение остеопластических материалов синтетического ряда (коллапол, коллапол-КП-2, остеоиндуцин, гидроксиапол, парадонтокол) с целью «запечатывания» костных полостей у данной категории больных способствует усилению процессов остеорепарации и восстановлению утраченных костных структур при небольших размерах кистозного образования. При кистозных образованиях больших размеров костных полостей эти материалы, как показывают наши наблюдения, оказываются малоэффективными.

Запечатывание костных полостей с применением мелкогранулированного никелида титана в комбинации с тромбоцитарной массой, а также тканевого никелида титана в качестве мембраны, при больших размерах кистозного образования показывает свою высокую эффективность, о чём свидетельствует формирование собственного костного регенерата в течение 4-6 месяцев.

Заключение. Таким образом, технология «запечатывания» образовавшихся костных полостей с применением мелкогранулированного никелида титана, тромбоплазменной массой и тканевой мембраны позволило в значительной степени повысить эффективность данных операции. Пористый никелид титана в виде мелких гранул удобен в применении, упрощает методику и сокращает время операции, что говорит о перспективности использования материалов из данного сплава для направленной тканевой регенерации, выгодно отличается от известных методов и позволяет её рекомендовать челюстно-лицевым хирургам и хирургам-стоматологом как метод выбора.

Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О., Сафаров С.А.

ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕРИАЛОВ ИЗ СПЛАВА НИКЕЛИДА ТИТАНА У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНЫМ ОБЪЁМОМ КОСТНЫХ СТРУКТУР ЧЕЛЮСТЕЙ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Определение эффективности применения биосовместимых материалов из пористого-проницаемого никелида титана для восстановления высоты альвеолярного отростка в зонах дентальной имплантации.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и лечения 56 пациентов с различными стоматологическими заболеваниями, сопровождающимися недостаточным объёмом костных структур альвеолярной части челюстей, обратившихся для дентальной имплантации в Городскую стоматологическую поликлинику г. Душанбе, мужчины составили 25, женщины – 31, в возрасте от 21 до 60 лет.

Обследование проводили по традиционной схеме, для детализации анатомических образований и определения плотности костных структур проводили ортопантомографию челюстей (ОПГ) и мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) по Хаунсфильду.

Установка дентальных имплантатов осуществлялась с использованием мелкогранулированного никелида титана, обогащенного тромбоцитами плазмы (БОТП) крови, поверх которых укладывалась тканевая мембрана из данного материала (патент №ТJ 175, от 16.04. 2008 г.).

Результаты и их обсуждение. Нами установлен цилиндрический пористо-проницаемый дентальный имплантат из никелида титана диаметром 3,0-4,0 мм, длиной 9,0-11,0 мм, а при выраженных атрофиях костных структур – 2,5-3,0 мм. В целом, 56 пациентам было установлено 180 дентальных имплантатов. С целью профилактики осложнений пациентам были назначены антибиотики, десенсибилизирующие и обезболивающие средства. Швы, как правило, снимали на 10-12 дни.

По результатам МСКТ изучали плотность костных структур в намечаемых зонах дентальной имплантации до операции по увеличению их объёма, через 1, 3, 6 месяцев и через год после её проведения. При этом для

объективной оценки показателей денситометрии больные в зависимости от патологии были разделены на 2 группы. Первую группу составили 34 больных с недостатком объёма костных структур альвеолярного гребня, обусловленным полостными патологическими процессами. Во вторую группу включены 22 больных, недостаточность объёма костных структур у которых была вызвана резорбтивно-деструктивными процессами вследствие заболеваний пародонта, сахарного диабета, травматических повреждений.

Через месяц после увеличения объёма костных структур контрольная денситометрия показала плотность восстановленных участков в среднем $1139,47 \pm 70,87$ НУ и $1135,71 \pm 69,0$ НУ, соответственно по группам. Среднее значение высоты восстановленного участка альвеолярного отростка на этот период в I-ой группе составило $12,37 \pm 0,45$ мм и $12,29 \pm 0,54$ мм – во II-ой.

На третий и шестой месяцы наблюдения высота восстановленных участков альвеолярного гребня челюстей у больных оставалась практически неизменённой – $12,37 \pm 0,45$ мм и $12,37 \pm 0,45$ мм в I-ой группе, а во II-ой группе – $12,39 \pm 0,54$ мм и $12,32 \pm 0,51$ мм, соответственно. Денситометрия через 6 месяцев показала некоторое снижение плотности восстановленных участков кости в обеих группах: I-я группа – $873,68 \pm 62,01$ НУ; II-я группа – $864,29 \pm 50,59$ НУ. Эти показатели свидетельствовали о создании необходимых условий для проведения дентальной имплантации.

Через год после увеличения недостающего объёма костных структур в зонах дентальной имплантации отмечалось некоторое снижение высоты восстановленных участков, а плотность приближалась к нормальной плотности костной ткани (700-800 НУ). Высота восстановленного участка альвеолярного гребня по группам составила $12,28 \pm 0,43$ мм и $12,17 \pm 0,51$ мм, плотность – $760,53 \pm 62,54$ НУ и $771,43 \pm 46,01$ НУ, соответственно, что является оптимальным условием как для проведения дентальной имплантации, так и для стабильной первичной фиксации одномоментно

установленных имплантатов. Наши наблюдения показывают, что данная методика обладает не только аугментирующим свойством, но и стабилизирующим, заключающимся в приостановке дальнейшей резорбции костных структур.

Заключение. Применение мелкогранулированного никелида титана и пористой

барьерной мембраны в комбинации с БОТП у больных с выраженной атрофией челюстей даёт хорошие результаты при увеличении недостающего объёма костных структур челюстей, позволяет эффективно устранять утраченный объём костных структур и создавать оптимальные условия для проведения дентальной имплантации.

Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.Д., Рахмонов И.Р.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИЙ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Профилактика возникновения перфорации верхнечелюстной пазухи во время операции удаления моляров верхней челюсти.

Материал и методы исследования. В условиях Городской стоматологической поликлиники г. Душанбе для профилактики перфорации верхнечелюстной пазухи у 27 больных была применена новая методика - операция удаления моляров верхней челюсти, сообщающихся с верхнечелюстной пазухой, за период с 2016 по 2018 гг.

Контрольную группу составили 14 больных, которым операция удаления зуба проводилась традиционным методом, с использованием хирургических щипцов.

Методика данной операции заключается в следующем: после предварительного рентгенологического исследования моляров верхней челюсти, подлежащих удалению, и обнаружения верхушки корней в полости верхнечелюстного синуса производят соответствующую обработку операционного поля и анестезию. С помощью бормашин турбинным наконечником в охлажденном режиме спиливают сохранившиеся твёрдые ткани коронки зуба до уровня десны, затем производят распиливание корней моляра в области бифуркации до полного отделения корней друг от друга. Отслаивают круговую связку и, по возможности, периодонтальные связки от каждого корня зуба. С помощью прямого элеватора аккуратно, атравматично проводят расшатывание и удаление сначала каждого щёчного, а затем небного корней удаляемого зуба. После удаления корней

проводят диагностику на отсутствие перфорации верхнечелюстной пазухи, затем лунки сдавливают пальцем с марлевым тампоном, пропитанным антисептиками, для сближения мягких тканей. Пациент накусывает стерильный марлевый тампон и по рекомендации соблюдает гигиену полости рта.

Результаты и их обсуждение. За указанный период по предлагаемому способу у 27 больных были удалены моляры верхней челюсти, у которых рентгенологически было выявлено, что корни зубов находились в полости верхнечелюстного синуса. В результате у всех 27 пациентов во время и после операции удаления зуба отсутствовали признаки перфорации дна верхнечелюстной пазухи. У всех больных были получены положительные результаты лечения. При этом удалось избежать проведения дополнительной операции по поводу устранения ороантрального сообщения, а также госпитализации больных в отделение челюстно-лицевой хирургии.

У 14 пациентов контрольной группы, у которых рентгенологически верхушки корней верхних моляров находились в полости верхнечелюстного синуса, операция удаления зуба производилась по традиционной методике с использованием хирургических щипцов. В результате у 6 пациентов после удаления зуба была диагностирована перфорация дна верхнечелюстной пазухи, что потребовало принятия срочных мер по закрытию дефекта, проведения операции пластики соустья. Среди них у двоих пациентов в послеоперационном периоде развилось

ороантральное сообщение, что потребовало госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии и проведения радикальной гайморотомии.

Заключение. Таким образом, с учётом анамнеза и клинично-рентгенологических данных выбранная тактика операции удаления моля-

ров верхней челюсти позволяет значительно снизить риск возникновения перфорации дна верхнечелюстной пазухи. Благодаря этому, пациентам не требуется проводить дополнительного вмешательства по поводу устранения ороантрального сообщения или радикальную гайморотомию.

Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Акбаров М.М.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ АЛЬВЕОЛИТОМ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить микрофлору полости рта у больных альвеолитами и с помощью микробиологического метода оценить эффективность сорбционного материала «VitaVallis» в комплексном лечении данной патологии.

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования положен опыт комплексной диагностики и лечения 40 пациентов с альвеолитами, находившихся на лечении в Городской стоматологической поликлинике г. Душанбе.

Проводили забор материала у больных с альвеолитами из лунок удаленных зубов. Манипуляцию осуществляли следующим образом. Под местной анестезией брали материал из лунки двумя стерильными ватными тампонами при строгом соблюдении правил асептики. Первая порция забора проводилась с верхней поверхности лунки зуба, затем делали кюретаж лунки и производили забор второй порции материала. Лунку зуба сначала обрабатывали антисептическим 0,5-1% растворами диоксида, декасана - 200 мл, после чего в лунку помещали сорбционную стерильную раневую антимикробную повязку «VitaVallis».

Исследование проводилось на базе кафедры общей микробиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино под руководством зав. кафедрой профессора С.Г. Сабурова.

Результаты и их обсуждение. При анализе качественного состава выделенных микроорганизмов можно отметить, что преобладают и в аэробных, и в анаэробных условиях стрептококки - они составляют 35,7% микрофлоры в аэробных условиях и 38,6% микрофлоры в анаэробных условиях.

В аэробных условиях примерно с одинаковой частотой выделялись стафилококки, актиномицеты и энтерококки (10-12%). Почти 9% аэробной микрофлоры составили дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Коринебактерии и кишечная палочка выявлены в 7% случаев. В анаэробных условиях наиболее редко выявлялись грамотрицательные кокки рода *Veillonella*, стафилококки, пептококки, клостридии. Несколько чаще регистрировались пептострептококки (16%), бактероиды и кишечная палочка (6,8% и 9,1%).

Все выделенные микроорганизмы относятся к условно-патогенным, способным вызывать воспалительные процессы либо при проникновении в глубокие ткани организма, где в норме их не должно быть, либо при снижении сопротивляемости организма хозяина.

Как следует из приведенных результатов, сорбционная стерильная антимикробная повязка «VitaVallis», наряду с антисептиками диоксидом и декасаном, проявила высокую активность против указанных микроорганизмов. Эффективность антимикробной сорбционной повязки «VitaVallis» заключается в следующем:

- ускоряет заживление раны;
- устраняет неприятный запах изо рта;
- безболезненно удаляется, не прилипая к ране;
- не содержит антибиотиков и фармпрепаратов, в связи с этим не вызывает аллергии и привыкания при длительном использовании.

Заключение. Микробиологический метод исследования показал, что при анализе состава выделенных микроорганизмов все

они относятся к условно-патогенным, и способны вызывать воспалительные процессы. Сорбционная стерильная антимикробная повязка «VitaVallis» является высокоэффективной по отношению к вышеуказанным микроорганизмам и её можно рекомендовать не только для лечения альвеолитов дунки удаленных зубов, но и гнойно-воспа-

лительных процессов полости рта и челюстно-лицевой области. Можно применять у пациентов с ослабленным иммунитетом, с нарушением обмена веществ или при непереносимости антибиотиков. Повязка не оказывает токсического воздействия на рану и прилежащие ткани, не вызывает аллергических реакций.

Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Ходжаев З.М.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕТИНИРОВАННЫХ ЗУБОВ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение клинико-рентгенологической характеристики ретинированных зубов и кратким разъяснением врачам-стоматологам проблемы ретенции зубов.

Материал и методы исследования. С 2014 по 2018 годы в Городской стоматологической поликлинике г. Душанбе было проведено 37 операций по поводу удаления ретинированных зубов. В большинстве случаев ретинированными оказывались третьи моляры нижней челюсти. На основании клинико-рентгенологического исследования были выявлены следующие нозологии ретинированных зубов: третьи моляры нижней челюсти – в 27, клыки верхней челюсти – в 5, третьи моляры верхней челюсти – в 3, премоляры нижней челюсти – в 2 случаях.

Следует отметить, что все удаленные ретинированные зубы не имели функциональной ценности, ввиду чего ортодонтического вмешательства с целью сохранения зубов не требовалось.

На основании клинического обследования и измерения контрольно-диагностических моделей челюстей определены и изучены у каждого пациента аномалии положения зубов, формы зубных рядов и нарушения их смыкания в прикусе в 3-х взаимно-перпендикулярных направлениях. На основании ортопантомографии челюстей выявлен уровень расположения ретинированных зубов в альвеолярном отростке; углы наклона их продольных осей по отношению к соседним зубам; особенности расположения и смещения соседних зубов.

Результаты и их обсуждение. Установлено что ретенция фронтальной группы (рез-

цы и клыки) чаще встречаются на верхней челюсти, а боковой группы зубов (моляры и премоляры) - на нижней челюсти. Причинами ретенции зубов у пациентов явились: сверхкомплектные зубы, неправильное расположение зачатков комплектных зубов, ранняя потеря молочных зубов, перенесённые инфекционные болезни, рахит, эндокринные нарушения. На контрольно-диагностических моделях определен дефицит места для прорезывания зубов, в среднем дефицит составил 2-2,5 мм. Анализ ортопантомограмм показал, что имеется неправильное положение продольных осей ретинированных фронтальных зубов: у резцов угол отклонения составил в среднем 10, у клыков - 15. Что же касается расположения ретинированных премоляров, то этих изменений отмечено не было.

В большинстве случаев пациенты испытывали дискомфорт от наличия ретинированного зуба (боль в области зуба, гиперемия и отек слизистой оболочки, общее недомогание) и лишь единицы обратились для экстракции ретинированных зубов перед ортодонтическим лечением. Во всех случаях оперативные вмешательства с целью удаления ретинированных зубов заканчивались успешно. Нередко в процессе удаления делаются дополнительные рентгеновские снимки для того, чтобы удостовериться в расположении корней и целостности соседних зубов. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений, благодаря профессиональному подходу к устранению указанной патологии.

Заключение. На основании клинико-рентгенологических данных при состав-

лении плана лечения у данной категории больных необходимо проводить предварительную ортодонтическую подготовку по созданию места в зубном ряду, и только затем выполнять хирургическое обнажение коронки ретенорванного зуба

и выведение его посредством ортодонтических приспособлений (съёмных или несъёмных). Своевременное обращение к стоматологу-хирургу лишает пациента всех неудобств, которые может вызвать ретинированный зуб.

Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Акбаров М.М.

ПРИМЕНЕНИЕ СОРБЦИОННОГО МАТЕРИАЛА «ВИТА ВАЛЛИС» У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОДОНТОГЕННЫМИ ГНОЙНЫМИ ПЕРИОСТИТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОВСЗ РТ

Цель исследования. Совершенствование комплексного лечения острого одонтогенного гнойного периостита челюстей.

Материал и методы исследования. Материалами исследования стали результаты лечения 25 больных с острыми одонтогенными гнойными периоститами челюстей, в возрасте от 18 до 60 лет, находящихся на лечении в Городской стоматологической поликлинике г. Душанбе (мужчин - 15, женщин - 10).

Всем больным проведены клинично-лабораторное, микробиологические исследования по стандартной схеме. Хирургическое вмешательство проводилось под местным проводниковым и инфильтрационным обезболиванием. Дренажирование гнойных ран осуществлялось сорбционным материалом на основе микроволоконистой полимерной матрицы с иммобилизованными частицами наноструктурного гидроксида алюминия и коллоидного серебра (медицинский сорбент «Вита Валлис», производитель: ООО «Аквелит», Россия, г. Томск). У всех больных лечение проводилось по общепринятой схеме.

Результаты и их обсуждение. Под наблюдением находились 25 пациентов, у которых применялся антимикробный сорбционный перевязочный материал «Вита Валлис» в качестве дренажа поднадкостничного гнойного очага при острых гнойных одонтогенных периоститах челюстей.

Воспалительный процесс локализовался в области верхней челюсти у 11 (44,0 %) пациентов, при этом поднадкостничный абсцесс формировался с вестибулярной стороны

альвеолярного отростка у 7 (28,0 %) человек, с небной стороны - у 4 (16,0 %).

Острый гнойный одонтогенный периостит в области нижней челюсти выявлен у 14 (56,0%) больных. С вестибулярной стороны альвеолярного отростка нижней челюсти поднадкостничный абсцесс прослеживался у 12 (48,0%), с язычной стороны - у 2-х (8,0%).

Наиболее часто причиной острых гнойных одонтогенных периоститов как на верхней, так и на нижней челюстях являлся первый моляр - в 6 (24,0%) и 5 (20,0%) случаях соответственно. При лечении пациентов с острыми гнойными одонтогенными периоститами челюстей, наряду с дренированием гнойной раны полосками из салфеток «Вита Валлис», при необходимости производилось удаление причинного зуба, промывание лунки и раны растворами антисептиков, назначались общепринятые медикаментозные средства.

В динамике у данной категории больных обращали внимание на локализацию поднадкостничного гнойника, наличие асимметрии лица, локализацию инфильтрата в области альвеолярного отростка, общее самочувствие, исчезновение болей: Помимо этого, оценивали степень и длительность экссудации, появление грануляций и сроки временной нетрудоспособности. К моменту выписки на работу через $3,6 \pm 0,45$ дня боли проходили, рассасывались припухлость и коллатеральный отек мягких тканей лица, рана гранулировалась и находилась в стадии эпителизации.

Заключение. Использование антимикробного сорбционного перевязочного материала на основе «Вита Валлис» существенно

ускоряет очищение гнойной раны от микрофлоры и клеточного детрита, способствуя усиленной миграции клеток воспалительного инфильтрата и дальнейшей регенерации в очаге поражения. Положительные

клинико-лабораторные и микробиологические показатели, а также данные местного иммунитета и регионарной гемодинамики способствовали сокращению сроков временной нетрудоспособности.

Чориев Б.А., Бахриев И.И., Назиров С.Н., Усманов М.С.

УСТАНОВЛЕНИЕ ВИДОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПЯТЕН КРОВИ, РАСПОЛОЖЕННЫХ НА РАЗЛИЧНЫХ ТЕКСТИЛЬНЫХ ТКАНЯХ

Кафедра судебной медицины и медицинского права ТМА, Узбекистан
Кафедра судебной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Установление видовой принадлежности пятен крови, расположенных на различных текстильных тканях, по полученным нами преципитирующим сывороткам на белок человека и животных.

Материал и методы исследования. Всего было приготовлено 60 пятен, в том числе 5 пятен крови человека на пяти различных шерстяных изделиях, 5 – на шелковых, 5 – на искусственных, и 5 – на хлопчатобумажных тканях. Всего было пятен с кровью человека приготовлено на 20 образцах текстильных тканей и такое же количество пятен крови рогатого скота и кур на аналогичных тканях. Пятна высушивали при комнатной температуре. Исследование проводили спустя 2-5 дней после приготовления пятен. Для приготовления вытяжки ножницами вырезали 3-4 нитки ткани с пятном длиной до 1 см и, мелко измельчив их, опускали в пробирки и добавляли по 1,0 физиологического раствора. Экстрагировали при температуре 4° С в условиях комнатного холодильника в течение 24 ч. Затем с пятнами крови человека и животных, расположенными на одноименных тканях, осуществляли реакцию преципитации.

Результаты и их обсуждение. Преципитирующая сыворотка, полученная нами иммунизацией кроликов сывороточными белками человека и животных, обработанная формалином, обладает большой чувствительностью и дает положительную реакцию даже при значительном разведении используемого раствора белков (вытяжки крови). Титр всех иммунных сывороток оказался равным 1:5000 и 1:10000 в течение 1-10 мин на-

блюдения и в течение 1 часа не образовались кольца преципитации с гетерологичными сыворотками в жидкой среде.

Белок человеческой крови, содержащийся в пятнах на хлопчатобумажных тканях, переходил в вытяжку независимо от давности пятен и реакция преципитации с человеческой преципитирующей сывороткой, давая всегда положительный результат – кольца преципитации образовались в течение 1-3 минут. С остальными видовыми сыворотками кольца не образовались при наблюдении в течение 1 часа. С вытяжками из контрольных участков (без крови) тех же частей хлопчатобумажной ткани реакция преципитации давала отрицательный результат.

При изучении пятен крови на шерстяных, шелковых и искусственных изделиях в отношении видовой принадлежности получены положительные результаты с человеческой преципитирующей сывороткой в течение 2-7 минут. С преципитирующими сыворотками рогатого скота и кур кольца преципитации не образовались в течение 1 часа.

Заключение. Таким образом, при постановке реакции преципитации с полученными нами путем иммунизации кроликов иммунными сыворотками, преципитирующими белок человека и пятна крови человека, расположенных на различных текстильных тканях, образовывались кольца преципитации. Преципитирующие сыворотки являются специфическими, титр их пригоден к применению в судебно-медицинской практике. Предмет-носитель пятен крови в виде различных текстильных тканей не оказывает влияния на результаты исследования.

Шаймонов А.Х., Зиёзода С.С., Хусейнзода Д., Шарипов Г.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Изучить эффективность применения обогащённой тромбоцитами крови у больных, перенесших операции по поводу последствий ожогов.

Материал и методы исследования. Материал исследования составили 10 больных, обратившихся за хирургической помощью в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период за 2018 год по поводу последствий термических ожогов. В шести случаях ожоги имели обширный характер, с переходом на несколько анатомических областей, в четырёх случаях - ограниченный, с локализацией лишь в одной анатомической области. Средний возраст больных составил $8,8 \pm 1,9$ года. Гендерное распределение было равным. Обогащённая тромбоцитами плазма получалась в ходе процесса плазмолифтинга, с использованием небольших количеств гепарина, для поддержания крови в жидком состоянии.

Результаты и их обсуждение. Введение обогащённой тромбоцитами плазмы крови проводилось на 15-20 сутки после проведения операции, по периферии от места операционного разреза, то есть в период образования рубцового компонента. С целью получения сравнительных результатов контроль проводился с группой больных, получавших стандартное лечение в послеоперационном периоде, без введения обогащённой тромбоцитами плазмы крови. Оценка результатов проводилась спустя год после проведения операции. Было отмечено значительно менее выраженное образование рубцов в группе применения плазмолифтинга.

Заключение. Применение собственной плазмы, обогащённой тромбоцитами, является многообещающей методикой для улучшения эстетического эффекта у больных при хирургической коррекции последствий ожогов. Дальнейшие исследования, с включением большего числа больных, должны усовершенствовать технику проведения данной манипуляции.

Шамсидинов А.Т., Юсупова З.Х., Файзов К.С., Мухиддинов А.Д.

ОПТИМИЗАЦИЯ И УСТРАНЕНИЕ ОШИБОК ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ЭТАПАХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Оптимизация и устранение ошибок при определении центральной окклюзии на клинико-лабораторных этапах изготовления съёмных протезов.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на кафедре ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ у 53 пациентов с полной вторичной адентией в возрасте от 50 лет и старше, среди которых мужчин было 28 (52,8%), женщин – 25 (47,2%).

Результаты и их обсуждение. Мы предложили методику, при которой фиксация центрального соотношения челюстей происходит с использованием пластмассовой пластинки, толщиной 0,5-0,7 мм, прикреплённой расплавленным воском на окклюзионную поверхность нижнего воскового валика и соответствующего ей по форме. Важным преимуществом данного метода фиксации центрального соотношения челюстей является то, что, используя пластмас-

совую пластинку, можно проводить анатомическую постановку зубов на сагиттальной кривой, применяя феномен Христенсена. Определив во рту при помощи прикусных шаблонов и валиков центральную окклюзию, загипсовывают модели в артикуляторе и вводят вторично шаблоны с валиками в рот, предлагая пациенту выдвинуть нижнюю челюсть. В этом случае между валиками в области коренных зубов образуется просвет, который называется феноменом Христенсена. Между верхними и нижними окклюзионными валиками в области боковых зубов вкладывают размягченные восковые шарики и предлагают пациенту сомкнуть валики в положении передней окклюзии. Шарики раздавливаются и прини-

мают клиновидную форму соответственно форме образующегося просвета. Прикусные шаблоны склеивают во рту, вынимают и переносят на модели, ранее загипсованные в артикуляторе в состоянии центральной окклюзии. Для того, чтобы шаблоны сидели правильно на модели, необходимо нижнюю модель выдвинуть вперед и немного опустить ее задний край.

Заключение. Таким образом, применяя вышеописанную методику, можно избежать ошибок при определении центрального соотношения челюстей и получить сагиттальную плоскость индивидуально для каждого пациента, что позволит восстановить нарушенные функции зубочелюстной системы и быстрее адаптироваться к съемным протезам.

¹Шамсидинов Б.Н., ¹Мухторова П.Р., ²Назаров Ш.Х., ¹Шайдоев С.С.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Цель исследования. Изучение частоты острых воспалительных заболеваний придаточных полостей носа у детей и их особенностей в возрастном аспекте.

Материал и методы исследования. По материалам детского ЛОР-отделения НМЦ РТ «Шифобахш» в период с 2016 по 2018 гг. включительно на стационарном лечении находилось 4547 человек. Острые и хронические заболевания придаточных полостей носа отмечены у 276 детей, что составляет 6,1% к общему числу всех стационарных больных, из них острые синуситы установлены у 98 человек (2,2%), хронические - у 178 (3,9%).

Результаты и их обсуждение. Анализ возрастного состава больных с острыми воспалительными поражениями придаточных полостей носа показал, что эти заболевания наблюдаются во всех возрастных группах, начиная с периода новорожденности. У детей до одного года в основном наблюдался острый этмоидит (5 из 8 больных), в период от 1 года до 3 лет выявлялись острый этмоидит в сочетании с поражением верхнечелюстной пазухи (9 больных), в возрасте от 4 до 7 лет заболевание указанных полостей отмече-

но у 16 больных из 54. Таким образом, у детей с первых месяцев жизни до 7 лет острые синуситы обнаружены в 41,8% от общего количества детей с острыми воспалительными заболеваниями придаточных полостей носа (от 0 до 14 лет). У этих больных в 6,1% случаев наблюдалась глазничные осложнения в виде реактивного отёка и абсцесса век.

Что касается частоты острого поражения отдельных полостей носа, то среди стационарных больных преобладали дети с острым гайморэтмоидитом (53,2%). Острый гайморит встречался и как изолированное заболевание (21,4%), и в сочетании с острым пансинуситом (7,1%). Общее число детей с острым поражением верхнечелюстной пазухи составляет 81,6% от числа лиц с острым синуситом.

На втором месте по частоте заболевания стоит острый этмоидит. Изолированный воспалительный процесс в решетчатом лабиринте у детей отмечен в 8,2% случаев и в сочетании с острым гайморитом — в 53,1%. Таким образом, острый этмоидит выявляется у 66,6% детей из числа лиц с острым синуситом.

Острый изолированный фронтит у детей встречается сравнительно редко (10,2%). Несколько чаще он обнаруживается при гемии или пансинусите (7,1%).

Заключение. Острые и хронические параназальные синуситы у детей выявлены в 6,1% от общего числа всех больных детского ЛОР-стационара, из них острые синуситы отмечены в 2,2% и хронические - в 3,9% наблюдений.

Развитие острых параназальных синуситов у детей, прежде всего, зависит от формирования анатомо-физиологических особенностей околоносовых пазух. У детей до 1 года встречалось поражение только решетчатых клеток, от 1 года и выше поражаются и верхнечелюстные пазухи. Изолированное поражение фронтальной пазухи у детей встречается сравнительно редко, чаще он обнаруживается при гемии или пансинусите.

Шамсидинов Б.Н., Мухторова П.Р., Олимов Т.Х., Бегов А.А.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНОГО УСТРОЙСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАДНЕЙ ТАМПОНАДЫ ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Совершенствование механических способов остановки носового кровотечения при сохранении носового дыхания путем применения устройства из обычной интубационной трубки с манжеткой на дистальном конце.

Материал и методы исследования. В нашем исследовании принял участие 51 (14,4%) больной из 354 обратившихся в ургентный ЛОР-кабинет по поводу носового кровотечения, 15 (4,2%) из которых госпитализированы в ЛОР-отделение. Кровотечение остановлено после применения передней тампонады у 9 больных, передней и задней тампонады - у 5 больных и у 1 больного при неэффективности задней и передней тампонады в условиях отделения сосудистой хирургии проведена перевязка наружной сонной артерии.

Результаты и их обсуждение. У 9 (60%) госпитализированных больных из 15 источником обильных кровотечений являются задние кровоточивые участки полости носа. Одностороннее кровотечение диагностировано у 80% (12) больных, двустороннее - у 20% (3).

С целью проведения задней тампонады нами применено альтернативное устройство, изготовленное из обычной интубационной трубки с надувной манжеткой в дистальном отделе. Способ осуществлялся следующим образом: вначале интубационная трубка вводилась через нижний носовой ход до носоглотки, шприцем надувалась манжетка и после чего подтягивалась наружу до тех пор, пока плотно не obturировала хоаны, после чего ассистент

держал проксимальный конец трубки и хирург проводил переднюю тампонаду обычным способом. Далее, оставляя шнурок для введения воздуха, вдоль нее с обеих сторон излишняя часть трубки срезалась до уровня входа в нос и закреплялась у щеки или у входа в нос, обматывая салфеткой. При данной методике изначально извлекаются передние тампоны. В случае повторного кровотечения проводится только передняя тампонада, так как область хоаны закрыта надувной манжеткой и необходимости повторного проведения задней тампонады нет.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. большая доступность и простота метода;
2. возможность сохранить носовое дыхание через трубку, что обеспечит лучшее качество жизни больного в послеоперационном периоде;
3. неинвазивность данного метода даёт возможность проведения задней тампонады с относительно меньшей степенью нанесения психологической и физической травмы;
4. ускоряет сроки реабилитации больного с носовым кровотечением.

Клиническая апробация данного способа остановки носового кровотечения различного генеза показала хороший клинический эффект.

Заключение. Таким образом, предлагаемый способ задней тампонады при носовых кровотечениях является более эффективным, снижает травматичность его

проведения, обеспечивает безболезненный акт глотания, свободное носовое дыхание и тем самым положительно влияет на психику пациентов, предотвращает возникновение послеоперационных осложнений, имеет

хороший экономический эффект, что подтверждает целесообразность применения разработанного способа и позволяет рекомендовать его внедрение в клиническую практику.

Шарипов З.Р., Аликулов А.Г. Дадабаев Д.У., Амонов Ш.Ш.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования. Оценка эффективности использования показателя rSO_2 для оптимизации показателей гемодинамики во время искусственного кровообращения.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 78 пациентов (48 мужчин, 30 женщин) в возрасте от 35 до 65 лет, которым выполнялись операции аортокоронарного шунтирования, пластика и протезирование клапанов сердца. Пациенты были разделены на две группы: I группа (n=41) – больные, которым процедура ИК проводилась по стандартной методике (объемная скорость кровотока 2-2,5 л/мин/м², давление 60-80 мм рт.ст., гематокрит крови 20-25%, спонтанное или аппаратное охлаждение до 34°C и согревание больного до 37,0-37,5°C к окончанию ИК); II группа (n=37) – больные, у которых во время ИК показатели гемодинамики подбирали таким образом, чтобы показатель rSO_2 поддерживался на уровне не ниже 40% (целевые значения 50-60%).

Результаты и их обсуждение. Пациенты обеих групп не различались по возрасту (50,2±3,9 и 50,6±3,7), продолжительности ИК (86,6±6,1 и 85,8±5,2 мин.) и длительности ишемии миокарда (58,2±3,4 и 56,9±3,9). Анестезиологическое пособие проводилось также по единой методике. При изучении

динамики rSO_2 было выявлено, что во время ИК происходило постепенное снижение оксигенации головного мозга у всех больных. Для достижения целевых значений rSO_2 у пациентов II группы в 24 случаях (65,4%) приходилось увеличивать производительность насоса аппарата ИК, применять вазопрессоры или проводить гемотрансфузию. Потребность в применении вазопрессоров во время ИК составляла в I группе 71,9% (29 пациентов), во II группе – 96,2% (35 пациентов). Увеличение производительности насоса аппарата ИК применяли в 27% случаях, дополнительная гемотрансфузия проводилась в 3,8% случаях.

В результате исследования было выявлено, что снижение показателя rSO_2 ниже 50% отмечалось у 37 пациентов (90,6%), ниже 40% – у 8 больных (20,3%) I группы. У больных II группы снижение rSO_2 ниже 50% отмечалось у 3 больных (9,6%), эпизодов снижения rSO_2 ниже 40% не было.

Заключение. Использование показателей церебральной оксиметрии в комплексе анестезиологического мониторинга во время операций с ИК позволяет снизить частоту эпизодов десатурации головного мозга за счет оптимизации показателей гемодинамики и газообмена.

Элиева М.Ф., Рузиев Ш.И., Кадыров К.У.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Разработка алгоритма постмортальной диагностики сахарного диабета на основе биохимических показателей и дерматоглифики.

Материалы и методы. В работе были проанализированы результаты 30 биохимических исследований трупной крови 30 обследованных больных сахарным диабетом I-го типа.

Среди биохимических методов мы использовали фотометрическое определение относительного содержания гликированного гемоглобина (HbA1c) в цельной крови с использованием метода ионнообменной жидкостной хроматографии;

Результаты и их обсуждение. Предел концентрации гликированного гемоглобина при диабетической коме – 39%. Концентрацию выше этого предела можно объяснить химически грязным пенициллиновым флаконом, куда была набрана трупная кровь.

Концентрация гликированного гемоглобина более 12% свидетельствует о декомпенсации сахарного диабета, клинически проявляющейся гипергликемической комой.

При наличии уровня гликированного гемоглобина более 12% судебно-медицинские эксперты чаще устанавливали следующие диагнозы: острая сердечно-сосудистая недо-

статочность, алкогольная кардиомиопатия (17,8%); хроническая ишемическая болезнь сердца, коронарокардиосклероз (16,7%); инфаркт миокарда (12,6%); двусторонняя пневмония (15,4%) и др. Однако, указанные диагнозы никакого влияния на уровень гликированного гемоглобина в крови не оказывают.

Исследование трупов было проведено общепринятыми в судебно-медицинской практике методикам. При наружном исследовании трупа выявляли и фиксировали антропометрические показатели (длина, масса, телосложение и толщина подкожно-жировой ткани), состояние наружных кожных покровов и слизистых оболочек. Особое внимание уделяли обнаружению повреждений верхних слоев кожи в виде расчесов, гиперкератоза, трофических изменений нижних конечностей.

Заключение. Уровень глюкозы в трупной крови не является достоверным признаком прижизненной гипергликемии. Повышение уровней мочевины и креатинина в трупной крови свидетельствует о наличии при жизни сахарного диабета и его осложнения в виде «нефротического синдрома». Биохимические показатели трупной крови следует рассматривать в комплексе с морфологическими признаками.

Эргашев Н.Ш., Аллаберганов И.К., Нурматов Ш.У., Хуррамов Ф.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Узбекистан

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с диафрагмальными грыжами.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением на клинических базах кафедры Госпитальной детской хирургии ТашПМИ (Республиканский перинатальный центр и 2-ГДХКБ г. Ташкента) находились 89 детей с диафрагмальными грыжами за период с 2010 по 2018 г.г. Мальчиков было 28 (31,4%), девочек – 61 (68,6%). По возрасту больные распределились следующим образом: до 3 месяцев было 70 (78,7%) больных, от 3 мес. до 1 года – 2 (2,2%), от 1 года до 3 лет – 8 (9,0%), от 4 до 7 лет – 8 (9,0%), старше 7 лет – 1 (1,1%). У 66 (74,2%) детей

диагностирована истинная диафрагмальная грыжа, у 23 (25,8%) – ложная. Сочетание пороков наблюдалось в 40% анализируемых случаев, в основном, это пороки сердца и легких.

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина каждого вида диафрагмальной грыжи имела свои особенности. В то же время определялись ведущие симптомокомплексы: расстройство дыхания, пищеварения либо нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы. Выраженность симптомокомплексов зависела от вида грыжи и возраста ребенка, что подтверждалось проведенными диагностическими исследованиями, которые включали в себя обзорную рентгенографию,

ультрасонографию органов грудной клетки и брюшной полости, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта.

Из всех детей 67 (75,3%) больным произведено оперативное вмешательство, 22 (24,7%) ввиду крайне тяжелого состояния, отягощенного сочетанием тяжелых пороков развития, несовместимых с жизнью, хирургическое лечение не проведено. При оперативном лечении торакальным доступом диафрагмальная грыжа ликвидирована в 26 (38,8%) случаях, в 34 (50,7%) – абдоминальным, в 7 (10,5%) - торакоабдоминальным.

Осложнениями оперативного лечения являлись пневмоторакс с противоположной

стороны (3 случая), рецидив грыжи (3 случая), кровотечение в плевральную полость (2 случая).

Комплексный подход к проведению периоперационного сопровождения детей с диафрагмальной грыжей обеспечил снижение летальности до 3% (у 2 больных).

Заключение. Таким образом, лечение пациентов с диафрагмальной грыжей остается актуальной проблемой детской хирургии. Внедрение новых технологий на различных этапах оказания специализированной медицинской помощи способствует снижению летальности в группе пациентов с пороками развития диафрагмы.

Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А., Хуррамов Ф.М., Бобаев Ф.Ф.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Узбекистан

Цель исследования. Анализ нашего опыта в диагностике и хирургическом лечении врожденной лобарной эмфиземы у детей.

Материал и методы исследования. На базах кафедры за 10 лет было оперировано 12 детей с врожденной лобарной эмфиземой. Возраст детей: до 3-х месяцев – 5 (42%), от 3-х месяцев до 1 года – 5 (42%), от 1 до 3 лет – 2 (16%). Мальчиков было 11 (92%), девочек – 1 (8%). Всем детям было проведено общеклинические обследование, рентгенологическое исследование, компьютерная томография (МСКТ), ультразвуковое исследование, бронхоскопия.

Результаты и их обсуждение. Выявлены следующие формы лобарной эмфиземы: компенсированная – у 1 (8%), субкомпенсированная – у 7 (58%), декомпенсированная – у 4 (34%). Левая верхняя доля была поражена в 2 случаях (16%), правая верхняя доля – в 7 случаях (58%) и правая средняя доля – в 3 случаях (26%). В 4 случаях лобарная эмфизема сочеталась с другими пороками развития: открытым овальным окном – в 3-х случаях и в одном случае – с воронкообразной деформацией грудной клетки.

У детей с декомпенсированной формой с первых дней жизни наблюдалось одышка, свистящее дыхание, акроцианоз, приступы асфиксии, тахикардия. Отмечалось выбуха-

ние грудной клетки и расширение межреберных промежутков, на стороне поражения. Менее выраженные клинические симптомы были при субкомпенсированной форме, симптомы появились к концу периода новорожденности. В анамнезе постоянным симптомом являлась одышка, усиливающаяся при развитии воспалительного процесса в легких. Ребенок с компенсированной формой не имел специфических клинических проявлений. Часто лечился в соматических отделениях с рецидивирующей пневмонией, лобарная эмфизема обнаружена в рентгенологическом обследовании.

В диагностике решающую роль отводится рентгенографии грудной клетки, в прямой и боковой проекциях. Отмечалось резкое усиление воздушности легочных полей, выраженное обеднение легочного рисунка, смещение органов средостения в здоровую сторону. МСКТ исследование позволило наиболее полно визуализировать патологический участок. Определить точную локализацию, его размеры и структуру, соотношение патологических участков к здоровой легочной ткани.

Во всех случаях была выполнена стандартная боковая и заднебоковая торакотомия на стороне поражения, с анатомической резекцией поражённой доли лёгкого. Грубых послеопе-

рациональных осложнений не наблюдалось. У 3-х пациентов отмечалась послеоперационная пневмония, которая купирована по ходу интенсивной послеоперационной терапии. Летальных случаев не было. Все пациенты находились под наблюдением в течение двух лет.

Заключение. Врожденная лобарная эмфизема является причиной дыхательных рас-

стройств у новорожденных и у детей раннего возраста, в большинстве случаев встречается у мальчиков. В основном поражаются верхние доли, преимущественно в правом лёгком. Рентгенологическое и КТ исследования являются основным методом в диагностике ВЛЭ. Методом лечения ВЛЭ является оперативное – удаление поражённой доли.

Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Хакимов Т.П., Солиев А.Т.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности клиники, диагностики и результатов лечения детей с повреждениями органов мошонки.

Материал и методы исследования. За 2013-2018 годы в отделении экстренной хирургии 2-ДХКБ наблюдалось 186 больных с закрытыми повреждениями мошонки и её органов. Возраст больных колебался от 3 до 18 лет и в среднем составил 7,6 года, 113 из них были дети до 12 лет. Всем больным проведено комплексное исследование и лечение: УЗИ, диафаноскопия, доплерография, компьютерная томография.

Результаты и их обсуждение. Основными жалобами, предъявляемыми больными при поступлении, были боли, отечность и асимметрия мошонки, а также гиперемия кожи. Кровоотёки в повреждённой области мошонки выявлены у 88,7% больных, гематома – у 11,3%.

Из анамнеза больных выяснилось, что основными причинами закрытых повреждений мошонки являлись: нанесение прямого удара в промежность, падение с велосипеда, игровых детских площадок, происшествий в спортивных секциях. Около 8% детей поступили в стационар через 2 часа после получения травмы.

Все дети с травматическими повреждениями мошонки госпитализировались в от-

деление экстренной хирургии, где осуществлялся мониторинг систем кровообращения, лабораторных анализов крови, клинического состояния яичка.

При закрытых повреждениях мошонки и её органов показания к хирургическим вмешательствам определялись индивидуально как при характере повреждения, так и при осложнении. Предпочтение были направлены на методы консервативного местного лечения, которые приносили хорошие результаты без каких-либо осложнений. Перспективные исследования при ушибах, гематомах, кровоотёках мошонки у пациентов показали, что неоперативное лечение было успешным в 100%.

Катамнестические исследования, выполненные в срок от одной недели до 3 месяцев, включали обязательное УЗИ мошонки и её органов. Полное рассасывание гематом и кровоотёков из стенок мошонки отмечалось в сроки от семи дней до одного месяца.

Заключение. Таким образом, наши исследования подтверждают возможность консервативного лечения закрытых повреждений мошонки. Контрольное УЗИ показывает полное рассасывание гематом и отёчности мягкой ткани мошонки в сроки от 7 дней до 1-го месяца.

Эргашев Н.Ш., Эргашева Н.Н., Саттаров Ж.Б., Бойирбеков Р.Х.

АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Узбекистан

Цель исследования. Определить частоту, особенности течения, аспекты лечения и профилактики трофических язв при спинальной патологии у детей.

Материалы и методы исследования. В отделениях плановой хирургии 2-ой клинической детской хирургической больницы города Ташкента находились 252 ребенка со спинномозговыми грыжами (СМГ): 229 (91,0%) из них оперированы, 23 (9,0%) не оперированы из-за неоперабельности патологии или отказа родителей. У 87 (34,5%) из них выявлены различные трофические расстройства (симметричные, асимметричные атрофии конечностей; трофические деформации; диспропорция различных участков тела) среди больных со СМГ. Развитие трофической язвы определено у 22 (25,3%) из 87 больных с трофическими расстройствами. Проведены комплексные клиничко-неврологические обследования и параклинические методы исследования (МСКТ, МРТ позвоночного столба и спинного мозга, электромиография мышц нижних конечностей).

Результаты и их обсуждение. Изучение анамнестических данных показало, что 19 (86%) из 22 больных перенесли оперативные вмешательства по поводу СМГ. Трофические язвы развивались при следующих клиничко-морфологических вариантах СМГ: менингомиелоцеле (12), менингомилорядикулоцеле (7), миелоцистоцеле (2), рахитизисе (1). Возникновение данного осложнения наиболее часто фигурировало при сочетаниях СМГ с другими аномалиями, в том числе при первичном и вторичном тетринг-синдроме. Трофические язвы имели различную

форму: округлую – 3 (13,6%); овальную – 4 (18,2 %); неправильную – 15 (68,2%); размеры их колебались от 2,0 × 2,0 см до 2,0 × 4,0 см. Односторонние поражения встречались в 10 (45,5%), двусторонние – в 12 (54,5%) случаях. Боли в области трофической язвы умеренны или отсутствуют, что связано с понижением чувствительности в пораженной зоне. Поэтому больные обращаются поздно, когда язва увеличивается в размерах и появляются боли, обычно связанные со вспышкой инфекционного воспалительного процесса в окружающей ткани с развитием гнойно-деструктивного процесса, длительным течением, вялым заживлением, склонностями к рецидиву.

Лечение трофико-некротических поражений направлено на снижение проявлений интоксикации, коррекцию анемии, гипопроteinемии с применением антибактериальной терапии с учетом антибиотикограммы.

В комплекс лечения включали витамины, иммуномодулирующие средства, препараты, улучшающие микроциркуляцию. Широко использовали физиолечение (УФО, УВЧ, электрофорез с новокаином, антибиотиками).

Заключение. Трофические язвы принимают хронически-рецидивирующее течение с тенденцией к увеличению размеров и охвату глуболежащих тканей, независимо от причины возникновения. Лечение больных с трофическими язвами требует участия различных специалистов. Профилактические мероприятия способствуют снижению тяжелых последствий данного осложнения и самой болезни.

Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Хуррамов Ф.М.

ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной детской хирургии ТашПМИ, Узбекистан

Цель исследования. Обобщить на основании собственных клинических наблюдений и литературных данных аспекты диагностики и лечения детей с эхинококкозом легких.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 53 ребенка в возрасте от 2 до 15 лет с ЭЛ, оперированных по поводу ЭЛ в отделении торакальной хи-

рургии 2-ГДХКБ с 2010г. по 2015г. Мальчиков было 38 (71,7%), девочек – 15 (28,3%). Детей 2-7 лет было 32 (60,4%), 8-10 лет – 12 (22,6%), 11-15 лет – 9 (17,0%). Среди больных значительно преобладали жители сельских местностей 42 (79%), городских детей было 11 (21%).

Клиническое обследование детей с эхинококкозом включало изучение жалоб,

анамнеза, общего и локального статуса. Рентгенологическое исследование выполнено 51 ребенку, УЗИ – 49; у 38 пациентам с целью дифференциальной диагностики применена КТ.

Результаты и их обсуждение. ЭЛ у 47 (88,7%) больных был солитарным: у 30 (63,8%) кисты имели правостороннее расположение, у 17 (36,2%) – левостороннее. У 6 (11,3%) больных солитарные кисты были расположены с двух сторон. При сочетанном эхинококкозе печени и легких у 13 (24,5%) больных кисты также были солитарными.

Окончательный объем и характер операций устанавливается во время операции. Всем 53 больным с множественным и сочетанным ЭЛ выполнены оперативные вмешательства. Локализация эхинококковой кисты в той или иной зоне легкого имеет значение для выбора оперативного доступа. У 25 детей эхинококкэктомия проводилась переднебоковым доступом, у 14 – передняя торокотомия, боковой доступ применяли у 5 больных, заднебоковая торокотомия – у 2, у 3 – лапаротомия, у 2 – тороколапаротомия и у 2 – боковая торокотомия с двух сторон.

При органосохраняющей тактике ликвидация остаточной полости при 1 типе расположения ЭК производилась в основном

по способу Дельбе – у 20 (37,7%) больных; при 2 типе расположения способом Боброва–Спасокукоцкого – у 11 (20,8%); при 3 типе больших – гигантских кистах применяли способ А.Т. Пулатова – 7 (13,2%) больных; Вишневскому – 9 (17,0%) больных; в 6 (11,3%) случаях использованы комбинированные способы ликвидации полости.

После операции по А.А. Вишневскому осложнение наблюдалось у 1 (1,9%) больного – бронхиальный свищ и пневмония, по А.Т. Пулатову – 5 (9,4%) осложнений: бронхиальные свищи у 1 (1,9%) больного, остаточная полость у 1 (1,9%) больного, ателектаз доли легкого у 1 больного, пневмония у 1 (1,9%) больного и реактивный плеврит у 1 (1,9%) больного. В наших наблюдениях при капитонаже по Дельбе и по Боброву-Спасокукоцкому осложнений не наблюдалось.

Заключение. ЭЛ наиболее часто наблюдается у детей в возрасте 2-7 лет (60,4%). ЭЛ и печени является наиболее частым видом сочетанного поражения – 24,5%. Для установления характера предоперационной подготовки, вида оперативного доступа и способа завершения операции следует учитывать размеры, локализации, вид осложнений одиночных или множественных паразитарных кист.

Юлдошев Х.Ф., Гульмурадов Т.Г., Одил Саидолим, Бурхонов Ш.Ш.

ПРЯМАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эффективность коронарного шунтирования на работающем сердце и в условиях искусственного кровообращения (ИК) и фармакохолодовой кардиоopleгии (ФХК) у пациентов с острым коронарным синдромом и сопутствующим сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. В РНЦССХ за период с 2011 по 2018 гг. в экстренном порядке оперированы 16 больных с острым коронарным синдромом с сопутствующим сахарным диабетом. Пациенты разделены на 2 группы: в I группе (10 больных) – коронарное шунтирование выполнено на

работающем сердце без применения ИК; во II группе (6 больных) – в условиях ИК и ФХК. В I группе острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST имел место у 3 пациентов, острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST – у 2, нестабильная стенокардия – у 4, ранняя постинфарктная стенокардия – у 1. Во II группе – острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST – у 1 пациента, острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST – у 2, нестабильная стенокардия у 2, ранняя постинфарктная стенокардия – у 1.

У всех пациентов диагноз был верифицирован по данным общеклинических исследо-

ваний, ЭКГ, ЭхоКГ и коронароангиографии. Больные обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести основного заболевания, частоте сопутствующей патологии и срокам оперативного лечения. Среднее количество шунтов в I группе составил 2,5, а во II группе 3,3.

Результаты и их обсуждение. Продолжительность операций в I группе составила в среднем $3,5 \pm 1,2$ часа, а во второй группе $4,4 \pm 1,1$ часа. Длительность ИВЛ: в I – $6,8 \pm 1,6$ часов, во II – $11,2 \pm 1,4$ часов. Среднее время пребывания больных в ОРИТ составило $16,2 \pm 2,7$ и $28,3 \pm 3,2$ часов соответственно. Суммарная кровопотеря по дренажам в I группе составила $458,5 \pm 96,1$ мл, во II группе – $684,6 \pm 89,3$ мл. Срок госпитализации в I группе составил 10,9 дней, во II – 13,2 дней. Среди осложнений в I группе отмечались: нарушения ритма сердца – у 1, острое нарушение мозгового кровообращения – у 1. Во II группе наблюдались следующие осложнения: дыхательная недостаточность – у 1,

кровотечение в раннем послеоперационном периоде – у 1 больного. В I и II группах летальных исходов было по 1 случаю. В первом случае от повторного инфаркта миокарда, во втором из-за прогрессирующей сердечной недостаточности.

Заключение. Наши наблюдения показали достоверные преимущества операций коронарного шунтирования на работающем сердце у пациентов с острым коронарным синдромом, которые обусловлены устранением специфических осложнений ИК, уменьшением травматичности оперативного вмешательства, что имеет важное значение у больных с сопутствующим сахарным диабетом. Реваскуляризация миокарда на работающем сердце является более предпочтительным вмешательством у пациентов с острым коронарным синдромом и сопутствующим сахарным диабетом, так как позволяет снизить количество периоперационных осложнений, летальных исходов у данной категории больных.

Юсутов З.Я., Ашуров Г.Г., Амиджанова З.Р.

СТРУКТУРНАЯ ОЦЕНКА НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ЖИТЕЛЕЙ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ТЕРРИТОРИИ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРИЛЕГАЮЩЕЙ К ЗОНЕ ВЫБРОСА АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗи ЗН РТ

Цель исследования. Провести структурную оценку некариозных поражений зубов у жителей экологически неблагоприятной территории.

Материал и методы исследования. С целью определения уровня стоматологического здоровья у 587 жителей экологически неблагоприятных территорий алюминиевого производства было проведено комплексное обследование детского и взрослого населения в ключевых возрастных группах (6, 12, 15, 35-44, 65 лет и старше). При обследовании использовали стандартную методику с использованием унифицированных критериев ВОЗ.

Результаты и их обсуждение. Распространенность некариозных поражений зубов у жителей экологически неблагоприятной

территории составила $47,3 \pm 5,8\%$, $51,8 \pm 5,6\%$ и $62,4 \pm 5,3\%$ соответственно у 6-, 12- и 15-летних детей. У представителей старших возрастных групп некариозные поражения отмечаются значительно реже – $20,7 \pm 1,9\%$ и $4,8 \pm 0,6\%$ соответственно в возрастных группах 35-44 лет и старше 65 лет.

Из патологических изменений некариозного характера в 6-летнем возрасте наибольшими оказались диффузная и ограниченная пятнистость эмалевой поверхности (соответственно $19,9 \pm 2,5\%$ и $18,4 \pm 2,4\%$), а также гипоплазия эмали ($7,5 \pm 0,6\%$). Сочетанное некариозное поражение в виде ограниченная и диффузная пятнистость эмали обнаружено в $1,5 \pm 0,3\%$ случаев.

У 12-летних детей диффузная пятнистость эмалевой поверхности доходила до

19,5±1,6%, ограниченная пятнистость эмали обнаружена в 22,6±2,9% случаев, гипоплазия эмали – в 6,7±0,5% случаев. Сочетанное некариозное поражение зубов в виде ограниченная и диффузная пятнистость, ограниченная пятнистость и гипоплазия, а также диффузная пятнистость и гипоплазия соответствовало значениям 1,0±0,2%, 1,5±0,3% и 0,5±0,1%.

У 15-летних подростков величина диффузной и ограниченной пятнистости, а также гипоплазии эмали составила соответственно 17,7±1,3%, 35,8±2,7% и 7,2±0,9%. У жителей этой зоны в ключевом возрасте 35-44 лет некариозные поражения диагностировались значительно реже: диффузная пятнистость эмали – в 5,2±0,4% случаев, ограниченная пятнистость – в 11,1±0,6%, гипоплазия эмали – в 3,3±0,3% случаев. У 65-летних и старше удельный вес некариозных поражений зубов минимализировался (соответственно 0,9±0,3% и 3,9±0,3 без обнаружения гипоплазии), что связано с максимальным количеством удаленных (компонент «У») и зубов, подлежащие удалению (компонент «Р»).

Произведенные расчеты показали, что в целом у обследованных жителей экологически неблагоприятной территории, непосредственно прилегающей к зоне выброса алюминиевого производства, в 62,6% случаев зубы оказались интактными в отношении некариозных поражений. Такие некариозные поражения, как ограниченная и диффузная пятнистость эмалевого покрытия составляли соответственно 18,4% и 12,6%. В 5,0% случаев зафиксировано наличие гипоплазии. Сочетанное некариозное поражение зубов в виде ограниченной и диффузной пятнистости, ограниченной пятнистости и гипоплазии, а также диффузной пятнистости и гипоплазии эмали соответствовало значениям 0,6%, 0,62% и 0,2%.

Заключение. Таким образом, на экологически неблагоприятных территориях, непосредственно прилегающих к зоне выброса алюминиевого производства, некариозные поражения проявляются уже в детском возрасте, и частота встречаемости лиц с теми или иными вышеуказанными заболеваниями неуклонно увеличивается в каждой последующей возрастной группе.

Юсупов З.Я., Ашуров Г.Г.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ РАБОЧИХ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА НА УРОВЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Определение влияния комплаентности рабочих алюминиевого производства на пораженность основными стоматологическими заболеваниями и получение лечебно-профилактических процедур.

Материал и методы исследования. После одобрения исследования и получения информированных согласий рабочих нами было проведено проспективное исследование. Первичное стоматологическое обследование прошли 168 рабочих в возрасте от 20 до 50 лет и старше. С рабочими была проведена санитарно-просветительная работа по выполнению в домашних условиях элементарных мер профилактики кариеса и заболеваний пародонта, даны рекомендации по ограничению приема сладкого, регулярной

чистке зубов зубными пастами, назначен режим диспансеризации рабочих (посещение врача-стоматолога каждые 2-4 месяца для профилактического осмотра и проведения офисных процедур профилактики кариеса и заболеваний пародонта).

Оценку комплаентности рабочих и повторное их обследование проводили через 6 месяцев. На основании данных интервьюирования рабочих по вопросам выполнения первоначальных рекомендаций стоматолога были сформированы две группы: 53 рабочих с высоким уровнем комплаентности; вторая – 115 рабочих, которые проявили недостаточный уровень комплаентности (приверженности). Обе группы были идентичны по возрастному-половому составу. В каждой

группе в динамике двухлетнего исследования определили количество (%) лиц со здоровыми зубами и пародонтальными сегментами (КПУз=0), заболеваемость (%) рабочих кариесом и болезнями пародонта (количество лиц, у которых в течение двух лет появились новые кариозные зубы и патологические признаки в пародонтальных сегментах), количество (%) рабочих, получивших в течение года кариеспрофилактические и пародонтологические лечебные процедуры.

Результаты и их обсуждение. В первой группе большинство рабочих (90,6%) регулярно (каждые 2-4 месяца) приходили к врачу-стоматологу, во второй группе таких пациентов было всего 23,9%. В результате, в течение 2 лет профилактические процедуры кариесологического и пародонтологического характера были проведены в первой группе у 45,3% рабочих, во второй – 8,5%.

Количество рабочих со здоровыми зубами и без патологических изменений в пародонтальных сегментах в первой группе при первом осмотре было соответственно

63,9% и 82,6%, при втором осмотре через два года - соответственно 56,3% и 73,4%. Во второй группе рабочих, которые обладали недостаточный уровень комплаентности, при первом осмотре значение исследуемых показателей составило соответственно 37,7% и 47,2%, при втором осмотре, спустя два года после первоначального осмотра, оно соответствовало 6,8% и 12,6%. Заболеваемость кариесом и патологией пародонта у рабочих с высоким уровнем комплаентности в течение двух лет составила соответственно 7,6% и 9,2%, во второй группе – 30,9% и 34,6% соответственно.

Закключение. Таким образом, невыполнение рабочими алюминиевого производства рекомендаций врача-стоматолога приводило к существенному снижению возможности получения ими офисных процедур профилактики кариеса и заболеваний пародонта. Недостаточная комплаентность рабочих способствовала значительному повышению заболеваемости кариесом и патологией пародонта.

Юсупова З.Х.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель исследования. Повысить эффективность ортопедического лечения пациентов с пострезекционными дефектами верхней челюсти модифицированными формирующими съёмными протезами с дифференцирующим слоем эластичной пластмассы на этапах непосредственного, раннего и отдалённого ортопедического лечения.

Материал и методы исследования. Изучены результаты проведенной реабилитации 132 больных на кафедре ортопедической стоматологии, ранее прооперированных на кафедре онкологии ТГМУ при НКЦО. Из числа обследованных было 72 (54,5%) мужчины и 60 (45,5%) женщин. Наибольшую возрастную группу составили лица старше 60 лет.

Результаты и их обсуждение. Реабилитация онкологических больных с дефектами верхней челюсти представляет собой сложный процесс. В определении объёма и целей реабилитации принимали участие онкологи,

психологи, стоматологи и другие специалисты (комплексное).

Больных распределили по стадиям: к 1-ой стадии относились 7,69% больных, к 2-ой - 20,5%, к 3-ей - 39,77%, к 4-ой - 41,03%. По морфологическим исследованиям среди больных с опухолями верхней челюсти был установлено: у 45 (34,1,7%) плоскоклеточно ороговевающий рак, у 32 (24,3%) - плоскоклеточно неороговевающий рак, у 15 (11,4%) - переходноклеточный рак, у 9 (6,8%) - аденокарцинома, у 8 (6,0%) - остеосаркома, у 8 (6,0%) – другие, очень редко встречающиеся злокачественные новообразования, у 5 (3,8%) - базальноклеточный рак, у 5 (3,8%) - меланома, у 5 (3,8%) - низкодифференцированный рак.

Наши исследования показали, что наиболее рациональным методом в реабилитации больных с послеоперационными дефектами в области верхней челюсти является непо-

средственное протезирование, имеющее преимущество перед протезированием в более поздние сроки. Так как больные обращаются довольно в поздних стадиях (41,03%), хирургическое вмешательство носит разрушительный характер. Ранняя послеоперационная реабилитация 80% больным позволяет сохранить психологическую адекватность больного после наркоза и соблюсти принципы этики и деонтологии, улучшая его внешний вид, обеспечивая естественный прием пищи и восстанавливая функцию речи. Тогда как поздняя реабилитация у 20% больных снизила психологическую адекватность больного, нарушила принципы этики

и деонтологии, обезобразила внешний вид, питание обеспечивается через зонд, что усугубляет его состояние. Речь становится невнятной, гнусоватой. Протезное поле заполнено некротизированной тканью со зловонием запахом с разрастанием рубцующейся ткани, что в свою очередь затрудняет ортопедическое лечение, и протезы не соответствуют всем требованиям.

Заключение. Реабилитация больных с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области должна рассматриваться индивидуально для каждого пациента, в зависимости от его состояния, пола, возраста, стадии развития и локализации.

Юсупова З.Х., Назаров Р., Шаммсидинов А.Т., Исмоилов Ф.Н.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ШИНИРУЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Сравнить и оценить современный шинирующий материал - стекловолоконную шину и цельнолитую шину, используемые при заболевании пародонта.

Материал и методы исследования. Обследовано и проведено ортопедическое лечение 68 пациентов с заболеваниями пародонта. Обследуемых пациентов разделили на 2 группы: 43 (64,3%) пациента составили первую группу, которым при ортопедическом лечении были изготовлены стекловолоконные шины; вторую группу составили 25 (35,7%) человек, которым изготовили цельнолитую шину. Для оценки проведенного ортопедического лечения пациент оценивал свое состояние по ряду критериев: эстетика, комфорт, жевательная функция, речь.

Результаты и их обсуждение. Метод шинирования зубов стекловолокном провели 43 (64,3%) пациентам. Данный способ отличался целым рядом достоинств: обеспечивал долговечную и надежную стабилизацию зубов, отсутствовала необходимость стачивания большого объема твердых тканей или депульпирования зуба. Стекловолокно имеет

отличные эстетические качества, так как шина обычно устанавливается на оральной поверхности зубов и практически незаметна, небольшой объем шины не создает дискомфорта при приеме пищи и не нарушает артикуляцию речи. Стекловолокно является химически инертным, биологически совместимым для нашего организма материалом, а шина из него способна стать опорой для искусственного зуба. Процедура предполагает прямое изготовление конструкции и обычно проводится в течение одного посещения, при необходимости, шину можно легко удалить и впоследствии установить новую. 25 (35,7%) пациентам изготовили цельнолитую шину. Данный метод имел много недостатков, один из которых нарушал эстетику и долгосрочность изготовления.

Заключение. Применение метода шинирования зубов стекловолокном позволяет не нарушать эстетику, уберечь подвижные зубы от расшатывания и смещения; предотвратить повреждение удерживающей кости и парадонтальной связки; зафиксировать их в нетравматическом положении; снизить окклюзионную нагрузку; равномерно распределив ее между другими зубами.

Юсупова З.Х., Файзов К.С., Шамсидинов А.Т., Исмоилов Ф.Н.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ШИНИРОВАНИЯ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Повышение косметической и клинической эффективности съемных шинирующих аппаратов и протезов, применяемых в ортопедическом лечении генерализованного пародонтита средней тяжести и тяжелого течения, путем использования термопластического полимера

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 37 больных в возрасте от 35 до 61 года, обратившихся в клинику кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, 21 из которых страдал пародонтитом средней тяжести и 16 - тяжелым пародонтитом. Клиническую оценку состояния тканей производили путем определения индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРITN), который позволяет учитывать наибольшее число признаков, характеризующих изменения тканей пародонта и оценивается по четырехбалльной шкале. Эстетические требования оценивались по трехбалльной системе. Лечение состояло из терапевтических, хирургических и ортопедических мероприятий направленных на устранение раздражающих факторов, ликвидацию патологических зубодесневых карманов и воспалительных явлений в десне, стабилизацию зубов и восстановление зубных рядов.

Результаты и их обсуждение. Диагноз устанавливали на основании жалоб на кровоточивость десен, затрудненность пережевывания пищи, подвижность зубов, запах изо рта, гиперестезию зубов. При осмотре слизистая десны гиперемирована, отечна, глубокие зубодесневые карманы, обилие под-

десневых и наддесневых зубных отложений, подвижность отдельных зубов II-III степени, значительное обнажение шеек зубов и даже корня. При надавливании на край десны появляется гнойное отделяемое.

Курс терапевтического лечения продолжалось 2,5 – 3 недели, записывали эпикриз с индексной оценкой (СРITN) и приступали к ортопедической реабилитации путем изготовления шинирующих конструкций определенного цвета, который близок к цвету зуба и подбирается по специальной расцветке. Для этого снимали двухслойные оттиски с обеих челюстей, отливали модели из прочного гипса, наносили контуры будущей шины на модель. В лаборатории зубной техник дублирует модель и изготавливает восковую композицию шины, которая при помощи специальной прессовой технологии преобразовывается в термопластический биополимер по цвету соответствующему подобранному эталону. Наблюдения в течение 6-12 месяцев показали, что индексная характеристика СРITN улучшилась у большинства пациентов, эстетические характеристики оценивались совместно с пациентом на уровне хорошо и отлично.

Заключение. Использование эстетического термопластического полимера в качестве материала для шинирующих аппаратов и протезов, применяемых в ортопедическом лечении заболеваний пародонта, способствует длительной ремиссии патологического процесса, повышает косметическую эффективность конструкций и может быть рекомендовано для широкого применения в стоматологических клиниках Таджикистана.

Юсупова З.Х., Шамсидинов А.Т., Мухидинов Ш.Д., Файзов К.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТАМ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ СТАРШЕ 20 ЛЕТ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Улучшение функционального состояния челюстно-лицевой области и достижение эстетических норм.

Материал и методы исследования. Нами проведено обследование 39 пациентов 20-40 лет г. Душанбе, обратившихся в клинику по поводу протезирования дефектов зубов и зубных рядов. У всех пациентов имелись аномалии окклюзии в различных направлениях. Для решения поставленных задач пациенты были распределены на 2 группы (основная и контрольная).

Пациентам 1 (14 человек - 35,9%) группы проводилось комплексное ортодонтическое и ортопедическое лечение дефектов зубов и зубных рядов, сочетающихся с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области. Пациенты 2 (15 чел. – 64,1%) группы отказались от ортодонтического лечения и им проводили ортопедическое лечение.

У пациентов 1 группы отмечались значительные нарушения окклюзионных взаимоотношений и имелись выраженные признаки скелетных аномалий: среди них были глубокий прикус, дистальная, мезиальная, перекрестная окклюзия и вертикальная резцовая дезокклюзии.

При анализе окклюзиограмм выявлено мало площадок смыкания типичного расположения. Практически отсутствовала возможность откусывания и пережёвывания пищи.

Фиксирующая способность пародонта после наложения аппарата снижалась, и требовалось уменьшение величины нагрузки для перемещаемых зубов.

Основной задачей ортодонтического лечения пациентов этой группы являлась нормализация положения челюстей, что оценивалось нами по телерентгенограммам.

Результаты и их обсуждение. Ортодонтическое лечение пациентов с аномалиями положения отдельных зубов способствует нормализации положения корней зубов относительно мандибулярной горизонтали.

Ортопедическое лечение пациентов 2 группы способствовало улучшению функции жевания, однако не улучшало лицевые признаки пациентов.

Заключение. Таким образом, комплексное (ортодонтическое и ортопедическое) лечение взрослых пациентов с аномалиями окклюзии способствует улучшению функционального состояния челюстно-лицевой области и достижению эстетического оптимума.

Ядгарова Ш.Ш., Якубов Х.Х.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Научно обосновать критерии оценки судебно-медицинской диагностики скоропостижной смерти от алкогольной кардиомиопатии.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 30 заключений судебно-медицинской экспертизы по поводу обнаружения скоропостижно скончавшихся за период 2016-2018 гг. в Главном Бюро СМЭ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Из них 16 мужчин и 14 женщин в возрасте от 35 до 60 лет.

Результаты и их обсуждение. Все изученные экспертные случаи были подтверждены материалами дела, клинической картиной, результатами судебно-медицинского исследования трупа, данными

токсикологической лаборатории, судебно-химического анализа и гистологического исследования.

При микроскопическом исследовании выявлялись нарушения сосудистого тонуса, повышение проницаемости стенок сосудов и их разволокнение, отеки, плазматическое пропитывание, периваскулярные кровоизлияния и зоны периваскулярных отеков.

При внутреннем исследовании отмечался запах алкоголя, исходящий от органов и полостей трупа. Наблюдалась темная дегтеобразная кровь в полостях сердца и крупных сосудах, напряженность твердой мозговой оболочки, отечность мягкой мозговой оболочки и головного мозга, умеренное полнокровие сосудов, процесс хроматолиза ган-

глиозных клеток, отечность и полнокровие лёгких, точечные подплевральные кровоизлияния на их поверхности, темно-вишневый цвет легочной ткани на разрезе и выделение темно-красной пенистой жидкости, серовато-коричневый цвет слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта, её отёчность, набухание, жировая дистрофия в тканях печени с элементами дисконкомплекс-

ции печеночных долек, полнокровие почек, их тёмно-вишневый цвет на разрезе.

Заключение. Обнаружены характерные изменения, вызванные хронической алкогольной зависимостью, что свидетельствует о том, что пострадавшие во всех изученных случаях отравлений на фоне алкогольного опьянения страдали хроническим алкоголизмом.