

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

Маводҳои конференсияи XXVII-уми солонаи илмӣ-амалӣ
Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломи кормандони соҳаи тандурустии
Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мавзӯи

**«ДАСТОВАРДҲОИ МУОСИРИ ИЛМИ ТИБ ВА ТАЪЛИМ
ДАР ДАВРОНИ ИСТИҚЛОЛИЯТ»**

бахшида ба 30-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон
(бо иштироки коршиносони давлатҳои бурунмарзӣ)

Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции
ГООУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан»

**«СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ
ЗА ГОДЫ НЕЗАВИСИМОСТИ»**

посвященной 30-летию Независимости Республики Таджикистан
(с международным участием)

Materials of yearly XXVIIth Scientific and Practical Conference
of the State educational establishment «Institute of postgraduate education
in health sphere of the Republic of Tajikistan»

**«MODERN ACHIEVEMENTS OF MEDICAL SCIENCE
AND EDUCATION SINCE INDEPENDENCE»**

dedicated to the 30th Anniversary of the State Independence
of the Republic of Tajikistan
(with international participation)

8-9 октябрь
Душанбе-2021

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Муриддин Н.Д.	председатель организационного комитета, ректор ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н., доцент
Давлатов С.Б.	зам. председателя организационного комитета, проректор по науке и инновациям ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н., доцент
Асадов С.К.	ответственный секретарь, начальник управления науки и инноваций, к.м.н., доцент
Ашуров Г.Г.	зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н., профессор
Бойбобоев А.А.	зав. кафедрой психиатрии и наркологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», к.м.н., доцент
Джабарова Т.С.	зав. кафедрой общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», к.м.н.
Джураев М.Н.	зав. кафедрой аллергологии и иммунологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н.
Ибодов Х.	профессор кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н.
Икромов Т.Ш.	зав. кафедрой детской анестезиологии, реаниматологии и детоксикации ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н.
Касымов О.И.	профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н.
Мурадов А.М.	зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», академик АМТФ РФ, д.м.н., профессор
Мухаммадиева С.М.	профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н.
Расулов С.Р.	зав. кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н., доцент
Рахимов З.Я.	почетный профессор кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», к.м.н., доцент
Рофиев Р.Р.	доцент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», к.м.н.
Сайдуллоев Л.С.	зав. кафедрой урологии и андрологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», к.м.н., доцент
Сафаров З.Ш.	проректор по лечебной и воспитательной работе ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», к.м.н.
Хамидов Дж.Б.	доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», к.м.н.
Шамсиддинов Б.Н.	зав. кафедрой оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», к.м.н.
Шукурова С.М.	зав. кафедрой кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор

СОДЕРЖАНИЕ

К 30-ЛЕТИЮ НЕЗАВИСИМОСТИ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

<i>Муҳиддин Н.Д., Давлятов С.Б., Бойбобоев А.А.</i> Комёбиҳои Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар даври истиқлолият	13
---	----

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Абдусаматзода З.А., Юнусова Д.З., Мухаммадиева С.М., Абдурахманова Ф.М., Рахматуллаев Ш.Р.</i> Оценка ситуации по направлению и перенаправлению в системе охраны здоровья матери и ребенка в пилотных регионах	18
<i>Абдусаматзода З.А., Юнусова Д.З., Мухаммадиева С.М., Пулатова А.П., Каримова С.Ф.</i> Анализ причин материнских потерь в период пандемии COVID-19	19
<i>Баротов З.З., Бобоев И.К., Махмудова Н.М., Бобомуродов Ш.М.</i> Оценка эпидобстановки по данным ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ во время пандемии COVID-19	20
<i>Джаборова Т.С., Кузиева Л.С., Гаилов А.Г., Ходжаева Ш.А., Сафарова П.М.</i> Течение новой коронавирусной инфекции COVID-19: некоторые аспекты профилактики и лечения больных в Таджикистане	21
<i>Джаборова Т.С., Рахматова Н.А.</i> К вопросу об изменениях организации здравоохранения во время пандемии: извлеченные уроки от пандемии COVID-19	22
<i>Закирова К.А., Махмудова Р.У., Махмудова П.У.</i> Сходство между туберкулезом и коронавирусной инфекцией	23
<i>Кабиров К.М., Гуломова М.О., Гуламадишоева М.Н., Кахарова Х.Х., Шоев С.Ф.</i> Эффективность терапии и проведения профилактики дефицита витамина Д3 в практике семейного врача	24
<i>Касымова С.Д., Мирахмедова М.А., Абдул Розик Нисо</i> О взаимосвязи диспансеризации больных сахарным диабетом и их инвалидности	25
<i>Касымова С.Д.</i> Постковидный синдром у больных сахарным диабетом	26
<i>Касымова З.Н., Шукурова Ш.Дж., Якубова М.А., Хасанзода Ф.А.</i> Острые респираторные вирусные и новая коронавирусная инфекции во время беременности	27
<i>Мирзабекова Б.Т., Саидова Х.О., Мухаммадиева С.М., Истамова Г.Д.</i> Частота, динамика и структура врожденных пороков развития плода среди недоношенных новорожденных	28
<i>Мирзоев А.С., Хакимова М.М.</i> Обращение с медицинскими отходами в период пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) в некоторых лечебно-профилактических учреждениях Республики Таджикистан	29
<i>Муниева С.Х., Ахунова Н.Т., Шарипов А.А.</i> Психосоциальный стресс при COVID-19 (по данным колл-центра 311)	30
<i>Мухаммадиева С.М., Истамова Г.Д., Пулатова А.П., Мардонова С.М.</i> Медико-социальная характеристика беременных с пороками сердца	31
<i>Навджуванов И.М., Табаров А.И., Касирова Г.С., Нарзуллаева А.Р.</i> Увеличение частоты госпитализации острых сердечно-сосудистых событий и омоложение контингента пациентов в постковидном периоде	33

Назарзода Х.Н., Раджабзода М.М. Динамика роста дорожно-транспортных происшествий и их последствия	34
Нарзуллаева А.Р., Иззатов Х.Н. Клинико-экономический анализ инсульта на примере неврологического отделения ГМЦ им. К.Ю. Ахмедова	35
Нарзуллаева А.Р., Мусоева З.Б., Халилова Д.Р., Курбонзода С.Н. Оценка приверженности к здоровому образу жизни пациентов кардиологического профиля	38
Нозиров Дж.Х., Нозиров А.Дж. Особенности течения артериальной гипертензии в зависимости от пола, возраста, наличия и сочетания факторов риска среди неорганизованной сельской популяции Таджикистана	39
Норкулов Т., Каюмов Х.Х., Гадоев Д.К., Турахонов Т.А. Ретроспективный анализ случаев негоспитальной пневмонии у госпитализированных взрослых больных, ранее переболевших и непереболевших COVID-19	41
Норкулов Т., Тоиров М.Г. Саидова М.А., Хошмадов С.Г. Таълимоти доктринаҳои деонтологӣ дар бемориҳои дарунӣ	42
Нурматова З.И., Юсупова М.Р. Роль семьи в охране и укреплении здоровья населения в условиях Худжанда	43
Олимова Ф.А., Мухамадиева С.М., Истамова Г.Д., Каримова С.Ф. Медицинские и социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин-инвалидов с ограниченными возможностями опорно-двигательной системы	43
Олимова Ф.А., Мухамадиева С.М., Рустамова М.С., Истамова Г.Д., Пулатова А.П. Медицинская и социальная характеристика женщин - инвалидов-колясочников репродуктивного возраста и оценка их потребности в доступности услуг	45
Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Давлятова Д.Дж. Распространённость часто встречаемых глистных инвазий в Республике Таджикистан и пути совершенствования профилактической деятельности на уровне первичной медико-санитарной помощи республики в современных социально-экономических условиях	46
Ортикова М.М., Ахмедов А., Шодиев И.Н., Турдиев А.Х. Оценка мнения членов семей города Истаравшан, Аштского района Согдийской области, района Хамадони Хатлонской области, города Душанбе Республики Таджикистан о наличии глистной инвазии в семье и у родственников	47
Расулов С.Р., Хўҷамқулов А.А. Тавсияҳои коллегии ҷарроҳони има оид ба онкоҷорроҳии қафаси сина дар давраи пандемияи COVID-19	48
Рахимов З.Я. Гносеологические корни ятрогении в структуре врачебных ошибок	49
Рахимов З.Я. Основные неинфекционные заболевания в Таджикистане: краткий эпидемиологический анализ за 2015-2020 годы	50
Саидова М.А., Норкулов Т., Тоиров М.Г., Холикова Г.О. Работа родильного отделения центральной городской клинической больницы города Бохтара в период пандемии COVID-19	51
Саидова Х.О., Мирзабекова Б.Т., Мухамадиева С.М., Пулатова А.П., Худододова К.У., Садониева Ш.Н. Медико-социальные аспекты формирования врожденных пороков развития центральной нервной системы (на примере г. Душанбе)	52
Сайдуллоев Л., Мерганов М.М., Сайфуллоев К.У., Сафаров И. Особенности распространенности туберкулёза мочеполовых органов в Республике Таджикистан	53

Самадова Г.А. Интеграция социальной и медицинской помощи для повышения качества жизни пожилых людей	54
Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т. Важность внедрения навыков по уходу в работу патронажных соцработников	55
Сангинов Д.Р., Хусейнзода З.Х., Ниязов И.К., Райхонов Ф.Х. Мотивация к совершенствованию методов диагностики и лечения меланомы кожи	56
Сангинов Д.Р., Хусейнов И.Н., Ниязов И.К., Хасанзода М. Паллиативная помощь онкобольным в условиях пандемии COVID-19	56
Сатаев В.У., Афанасьева О.Г. Опыт последипломного медицинского образования детских хирургов в Башкирском государственном медицинском университете (Уфа)	57
Урунбоева Д.С., Гоибова З.В. Скрининг артериальной гипертензии у лиц с ожирением	58
Файзиев Ф.И. Частота и распространённость врождённых расщелин верхней губы и нёба по Согдийской области	59
Хайридинов М.Т., Сафаров З.Ш., Хайридинов Д.М. Влияние современных информационных технологий на распространённость психо-социальных факторов	61
Хайридинов Д.М., Хайридинова Дж. Роль доказательной медицины в последипломном образовании	62
Халимова З.С., Махмадзода Ш.К., Абдурахманова Н.А., Зиёзода М.Р., Азамова М.С. Миопия среди студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»	63
Хамиджанов Э.Х., Турдалиева Дж.Э., Дадобоева Р.И., Хамиджанов Б.Э. К 20-летию кафедры семейной медицины №2	64
Хамиджанов Э.Х., Турдалиева Ч.Э., Хамиджанов Б.Э., Хамидов А.А. К роли первичной медико-санитарной помощи в профилактике распространения и лечения COVID-19	65
Шарипов А.А., Муҳиддин Н.Д., Сафаров З.Ш., Бойбобоев А.А. Аҳамияти ҳамкориҳои байнисоҳавӣ ва байнидавлатӣ дар пешгирии ва табobati COVID-19	66

РАЗДЕЛ II ТЕРАПИЯ

Ахунова Н.Т., Холова З.У., Муниева С.Х., Холов С.С. Клиническая характеристика новой инфекций COVID-19 в зависимости от возраста больных	69
Ахунова Н.Т., Холова З.У., Сафаров З.Ш., Сунъатуллоев Д.С. Частота встречаемости COVID-19 у больных ревматическими заболеваниями с коморбидными состояниями	69
Байбабаев А.А., Шарипов Н.А., Камолов И.К., Алибаева М.И. О соматизации тревоги и депрессии у пациентов общей медицинской практики	70
Баротова Б.Х., Тоиров М.Г., Турсунов Х.Д. Случаи новой коронавирусной инфекции среди детей в городе Бохтар в период пандемии COVID-19	71
Бахроми М.Т., Рахимов З.Я. Эффективность и влияние гиполипидемической терапии на вариабельность артериального давления у больных с хронической сердечной недостаточностью	72
Бухоризода Б.К., Ятимова С.А. Хроническая сердечная недостаточность с сохранённой фракцией выброса и частотой желудочковых экстрасистол	73

Гоибова З.В., Урунбоева Д.С. Факторы риска и структура ранних осложнений острого инфаркта миокарда	74
Джураев М.Н., Акбарова М.М., Каримова Н.И., Хайдарова Н.Х. Особенности течения крапивницы у больных, перенесших COVID-19	75
Джураев М.Н., Каримова Н.И., Камолова Дж.К. К вопросу дифференциальной диагностики лекарственной аллергии и краснухи	75
Иззатов Х.Н., Файзуллаев А.Х., Туракулов Д.А. Фазылова М. Эффективность применения препарата алпразолам при генерализованном тревожном расстройстве у больных с COVID-19	76
Касымов А.О., Касымов О.И. Причины, способствующие возникновению гнездной алопеции	77
Касымов О.И., Салимов Б.М., Муниева С.Х., Шукурова М.А. Онихомикоз у детей	78
Кудратова С.Н., Нарзулов Х.Н. Антиоксидантная терапия в комплексном лечении детей раннего возраста с бактериальной пневмонией	79
Махкамов К.К., Олимова Ф.К., Назаров Д.М., Вафоева О.Г. Перинатальные исходы у недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела	80
Махмудова Р.У., Закирова К.А., Махмудова П.У., Джуманиязова Г.У. Особенности клинического течения множественно лекарственно устойчивых форм туберкулёза у ВИЧ-инфицированных детей	81
Мирзовалиев О.Х., Шукурова С.М., Саидов Х.В., Мирзовалиев Х.Т. Частота остеопороза у больных гоноартрозом	82
Муминов Б.А., Кахаров М.А., Хайдаров С.Г., Аширапов Ф.М. Тромболитическая терапия при лечении тяжелой внебольничной пневмонии	82
Муниева С.Х., Маматкулов М.М., Муродзода Н., Нуруллоева Н.М. Частота встречаемости кандидоза по данным обращаемости в ГЦКВБ г. Душанбе	83
Навджуванова Г.С., Навджуванов Н.М., Салимов Дж.М. Изучение динамики функциональных показателей сердечно-сосудистой системы у больных, перенесших COVID-19	84
Олимова Ф.К., Махкамов К.К., Тўхтаева Р.С, Эшонкулова Г.Х Чараёни илтиҳоби шуш дар навзодони норасид	86
Раупова Р.И., Нигорова Ё.Г., Бабаева Н.С., Набиев М. К вопросу об особенностях течения и исходах дилатационной кардиомиопатии у детей	87
Раупова Р.И., Расулова Г.М., Орипов Г.А., Давлятова Ш.Д. Особенности течения бронхообструктивного синдрома у детей, родившихся с перинатальными повреждениями центральной нервной системы гипоксического генеза	88
Раҳимова М.Ғ., Болтубоев Д.Э., Раупов А.В., Чўраев Э.Э. Таъсири бемории сироятии COVID-19 ба беморони гирифтори фишорбаланди шараёни	89
Рахматов А.Б., Расулова Н.А. Коррекция цитокинового статуса у больных псориазом	90
Рахматов А.Б., Расулова Н.А. Секукинумаб в терапии больных псориазом	90
Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К. Актуальные проблемы врожденного буллезного эпидермолиза	91
Рахматуллаева М.А., Рахимов. З.Я. Электрокардиографические особенности у детей, страдающих сахарным диабетом I типа	92
Рашидов И.М., Шукурова С.М., Бобиева Н.Х. Характеристика диабетической нефропатии на госпитальном этапе	93

Сабиров У.Ю., Хикматов Р.С. Современные аспекты диагностики и лечения кожного лейшманиоза	94
Табаров А.И., Раджабзода М.Э., Навджуанов И.М., Бухаризаде Б.К. Предупреждает ли двойная антиагрегантная терапия тяжелые осложнения коронавирусной инфекции?	95
Тоджибоева З.А., Файзуллоев Ф.А., Шамсов Б.А., Акбаров Ш.З. Пневмония у детей раннего возраста с врожденными пороками сердца	96
Файзуллоев А.И., Шукурова С.М. Особенности течения ХСН в зависимости от фракции выброса левого желудочка	96
Файзуллоев А.И., Шукурова С.М., Касиров С.З. Комплексная оценка хронической сердечной недостаточности на госпитальном этапе	97
Хайруллоева Э.Д., Замирова Н.С., Одинаев С.К. Механизмы неспецифического воспаления дыхательных путей при остром бронхите у детей	98
Хамроева Д.Х., Рахимова Д.М., Саломова Б.Б. Особенности перинатального поражения центральной нервной системы у новорожденных с внутриутробными инфекциями	100
Ходжаева Ф.М., Музафарова М.Х., Рахимова Д.С. Репаративное и антиоксидантное действие отвара плодов софоры японской в эксперименте на животных	101
Ходжаева Ф.М., Саъдуллоева Б.Дж., Рахматуллоев Ф. Н., Бурханова З.З. Софора японская в народной и современной медицине	102
Шукурова С.М., Кабирзода Р.Х., Самадов Ш.Х., Раджабов З.И. Эффективность антикоагулянтной терапии и позднего тромболизиса при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST с сопутствующими заболеваниями	103
Шукурова С.М., Мирзовалиев О.Х. Ревматические болезни и остеопороз	104
Шукурова С.М., Рашидов И.М., Паноева М.С. Ранние диагностические маркеры диабетической нефропатии	105
Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г. Ингаляционная терапия в профилактике и лечении острой респираторной инфекции	106

РАЗДЕЛ III

ХИРУРГИЯ

Абдуллозода Д.А., Гуломов Л.А., Сафарзода А.М. Лечение инфицированных КОВИД-19 больных с острым обтурационным холециститом	107
Акимов В.П., Крикунов Д.Ю., Тулюбаев И.Н., Саадулаев Р.И. Оценка эффективности способов фиксации сетчатых имплантатов при герниопластике по методике tarr	108
Асадов С., Сафаралиев Ш., Рахматов Б., Ходжаев А.Н. Возможности топической диагностики поражения коронарных артерий по данным электрокардиографии при инфаркте миокарда	109
Асадов С.К., Давлатов С.Б., Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Махмудов З.Л., Орипов М.А. Результаты хирургического лечения гипоспадии у детей в отделении детской урологии ГУ «Оздоровительный комплекс “Истиклол”»	110
Ахмедова М.М., Ахмеджанова М.Ш., Хукумзода М.З. Ультразвуковое динамическое исследование кист сосудистых сплетений у детей первого года жизни	111
Ашуров Г.Г., Джурраев Д.Э. Влияние анатомических параметров преддверия полости рта на состояние пародонтальных структур	112

Ашуров Г.Г., Каримов С.М., Юлдошев З.Ш. Результаты изучения особенностей клинического течения кариеса зубов у детей с использованием международного диагностического индекса	113
Ашуров Г.Г., Мухидинов Ш.Д., Каримов С.М. Результаты использования аутоплазмы при наличии околоверхушечной деструкции зубов	114
Бадалов Ш.А., Сайёдов К.М., Ховари Н. Предоперационная подготовка с применением гормональной терапии при гипоспадии у детей	116
Бадалов Ш.А., Сайёдов К.М., Ховари Н. Хирургическая коррекция проксимальной формы гипоспадии у детей	116
Байриков И.М., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Рахмонов И.Р. Использование тканевого и пористо-проницаемого мелкогранулированного никелида титана в эксперименте	117
Баходуров Д.Т., Амиришоев А.К. Новый способ ликвидации остаточной полости при эхинококкэктомии некоторых сегментов печени у детей	118
Гульмуратов У.Т. Новые возможности флебологии - эндоваскулярная лазерная облитерация подкожных вен нижних конечностей и минифлебэктомии	119
Гульмуратов У.Т., Джурсаев Ш.М. Эндоваскулярное хирургическое лечение острого коронарного синдрома у больных с коронавирусной инфекцией COVID-19	120
Гурезов М.Р., Шафозода М.Б. Результаты социологического интервьюирования пациентов с патологией краевого пародонта, индуцированной несъемными ортопедическими протезами	122
Ёров У.У., Назарова Ш.Ф., Хасаналиева А.Х., Сохибова Т.М. Лапароскопическая диагностика и лечение брюшной формы крипторхизма у детей	123
Заркуа Н.Э., Кубачев К.Г., Куталия Д. Эндоскопические технологии лечения кист поджелудочной железы у пациентов пожилого и старческого возраста	124
Ибрагимов Ш.С., Тоиров Н., Расулзода С.Ч., Сайфуллоев Н. Пешгирии бемории пародонт ва нишонаҳои он	125
Икромов М.К., Назирмадова М.Б., Абдухалилов А.А., Косимов А.А., Умаров С.И. Выбор метода лечения юношеской ангиофибромы основания черепа в зависимости от стадий заболевания	126
Икромов Т.Ш., Мурадов А.М., Ибодов Х. Применение озона в послеоперационном периоде у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек	127
Икромов Т.Ш., Мурадов А.М., Абдулалиев А., Шумилина О.В. Оценка уровня электролитов и кислотно-основного состояния у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек I-II стадий	128
Икромов Т.Ш., Мурадов А.М., Абдулалиев А., Мурадов А.А., Саломов А.К. Оценка состояния детоксикационной функции легких у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек I-II стадий	129
Икромов Г.Д., Султонова А.А. Частота сагиттальных и вертикальных форм нарушения окклюзии среди пациентов с различными видами зубочелюстных аномалий	130
Искандаров А.И., Ядгарова Ш.Ш., Искандарова М.А., Назиров С.Н. Судебно-медицинские критерии диагностики хронической алкогольной интоксикации	132
Исмоилов А.А., Зарипов А.Р., Шарипов Х.С. Эффективность внутриканального лечения эндодонтических осложнений зубов, служащих опорами ортопедических конструкций	132

Исмоилов М.М., Шаймонов А.Х., Мирзоев Н.М., Зиёзода С.С. Результаты применения методики плазмолифтинга при ведении больных с последствиями ожогов	133
Каримов С.М. Результаты изучения протяженности окклюзионных дефектов	134
Кахарова Р.А., Сироджов Д.Н., Ибрахимов Ю.Х., Хакназаров Х.Ш. Применение плазмотерапии при лечении трещин заднего прохода	136
Кахарова Р.А., Сироджов Д.Н., Ибрахимов Ю.Х., Рабиев А.Х. Хирургическое лечение недостаточности анального сфинктера у больных с ректовагинальными свищами	136
Кодири Т.Р., Камолов А.И., Ахмедов Ф.И. Определение диагностической ценности лучевых методов исследования при остром пиелонефрите	137
Кодири Т.Р., Пулотов М.Х. Особенности хирургического лечения болезни Фурнье	138
Комилов Д.К., Ходжаев И., Бободжонов Н.Н., Пулотов О.Н. Временная эндокардиальная электрокардиостимуляция у больных острым инфарктом миокарда, осложнившимся полной атриовентрикулярной блокадой	139
Комилов Д.К., Ходжаев И., Бободжонов Н.Н., Рахимова М.Г. Быстрая эхокардиографическая оценка состояния сердца, легких и нижней полой вены у больных с острой тромбоэмболией легочной артерии	140
Косимов З.К., Исмоилова М.Ш., Халифаев У.Р., Хамидов Д.Б. Белки острой фазы воспаления у больных с острым разлитым перитонитом	141
Курбонов Ш.М., Ахмедова З.Б., Мукарамшоева М.Ш. Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения в акушерстве и гинекологии	142
Муллоджанов Г.Э., Олимов А.М. Ассоциированные параллели минерализационного потенциала ротовой жидкости и интенсивности кариеса зубов у детей с расщелиной губы и нёба	142
Махмудов Д.Т., Каримов С.М. Результаты комплексного анализа эмоционально-поведенческих особенностей пациентов с сочетанной стоматологической патологией в зависимости от уровня привычной двигательной активности	144
Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Гиёсов А.Ш., Муродов Х. Новый способ формирования орбитальной культы при эквисцерации и эквисцероэнуляции	145
Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Носиров О.Ш. Бесшовная имплантация факичной интраокулярной линзы при близорукости высокой степени	146
Мирзоев М.Ш., Байриков И.М., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О. Реконструкция нижней челюсти индивидуальными эндопротезами из никелида титана	147
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.Д., Хушвахтов Д.И., Акбаров М.М., Сафаров С.А. Роль антисептиков в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными процессами полости рта	148
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.Д., Кенджаева И.О., Хушвахтов Д.И. Микробиологическая оценка в комплексном обследовании больных с гнойно-воспалительными процессами полости рта	149
Мирзоева Д.С. COVID-19 и рак молочной железы	150
Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г.Г., Юлдошев З.Ш. Результаты запечатывания фиссур временных и постоянных зубов у детей в зависимости от способа нанесения герметика	151
Муллоджанов Г.Э., Олимов А.М. Результаты изучения распространенности врожденной расщелины губы и нёба у детей	153

Муллоджонова А.Г., Каримов С.М. Стоматологические показатели качества жизни при наличии ксеростомических симптомов полости рта	154
Муминов Ф.Б., Кахаров М.А., Акилов Х.Д., Джураев Х.А. Оценка резервных возможностей толстой кишки при аномалиях развития и фиксации	155
Мухиддин Н.Д., Болтуев К.Х., Азизов Ф.А. Диагностика и лечение острого аппендицита, осложненного перитонитом, с применением видеолапароскопических технологий	157
Мухиддин Н.Д., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х. Эндовидеохирургические технологии при лечении острого аппендицита	158
Мухиддин Н.Д., Рабиев Х.С., Ёров Ё.Б. Современные методы диагностики острого холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой	158
Мухиддин Н.Д., Рабиев Х.С., Ёров Ё.Б., Курбанов Н.Г. Видеолапароскопическая холедохолитотомия при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой	159
Мухтарова П.Р., Шамсидинов Б.Н., Шайдоев С.С., Бегов А.А. Применение препарата палминосе в лечении атрофического ринита	160
Назарзода Ф.Н., Ёров У.У., Назаров Х.Ф., Назарова Ш.Ф. Малоинвазивные технологии: эффективность в оперативном лечении гинекологических больных Хатлонской области	161
Назарзода Ф.Н., Назаров Х.Ф., Назарова Ш.Ф., Сатторов К.Б. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с высоким операционным риском	162
Назарзода Х.Н., Раджабзода М.М., Назаров Х.Н., Мирзоев Р.Р. Травматический остеомиелит, причины и его последствия	163
Назарзода Ф.Н., Сатторов В.Т., Ёров У.У., Назаров Х.Ф. Опыт анестезиологического обеспечения лапароскопических операций	164
Назаров Ш.О., Сангинов Д.Р., Ниязов И.К., Салимов Ф.И. Лечение рака кожи век	165
Назирова С.Н., Хайрудинов М.Р., Ражабов Ш.Ю., Кадыров К.У. Судебно-медицинская оценка перелома свода черепа	166
Назирова С.Н., Хайрудинов М.Р., Элиева М.Ф., Якубов Х.Х. Судебно-медицинские аспекты посмертной диагностики сахарного диабета	166
Нарзулоев В.А., Мукимов А.А. Применение консервированных ксенотрансплантатов после удаления костных новообразований	167
Нуъмонова А.Б., Солиев Ф.Г., Камолов Д.Ш. Некоторые аспекты лечения диссеминированного рака молочной железы	167
Орифов Б.М., Косимов З.Х., Вахобов А., Хамидов Д.Б. Состояние гемостаза у онкологических больных, перенесших COVID-19	168
Очилзода А.А., Мавлянова З.Р., Оламджонова Н.М., Хасанова Ш.А., Шарипов С.Е. Игровая аудиометрическая характеристика тугоухости на почве родственного брака у детей	169
Рабиев Х.М., Сироджов К.Х., Сироджзода М.С. Усовершенствование артропластики тазобедренного сустава при переломах шейки бедра у больных сахарным диабетом	170
Раджабова Г.К., Ашурова Г.Н., Одинаева Г.Ш., Зарипова З., Махмадов Ф.И. Преимущества видеолапароскопии при сочетанной патологии яичников и матки	171
Раджабова Г.К., Ашурова Г.Н., Султонова Д.М., Зарипова З., Махмадов Ф.И. Улучшение результатов лечения полипов матки, сопутствующих синехиям, у женщин детородного возраста	172

Расулов Н.А., Кандаков О.К., Рахимова С.У., Фарзонаи Иброхим, Давлатов Б., Бозоров М.А. Современные методы исследования в диагностике хирургических больных, перенесших COVID-19	173
Расулов С.Р. Анализ заболеваемости и лечения тимом средостения	174
Рахимов Д.А., Бобоев Ш.С., Рахими Ш.Д., Джураев Х.И. Комбинированная терапия препаратом силаксетин при лечении эректильной дисфункции	174
Рузиев Ш.И., Мухаммадиев Ф.Н., Нурисломов А.Ф., Абидов Х.А., Шокирова Ч.Т. Судебно-медицинская оценка рубцов на лице	175
Рузиев Ш.И., Соибов Х.М., Абидова М.Д., Шокирова Ч.Т. Судебно-медицинская экспертиза острой сосудистой недостаточности, полученной от приводящих к смерти травм головного мозга	176
Рузиев Ш.И., Шамсиев А.Я., Абидова М.Д., Рузиева Ш.С. Значение дерматоглифики в судебно-медицинской оценке лиц с суицидальным поведением	176
Саадулаев Р.И., Тулюбаев И.Н., Крикунов Д.Ю., Акимов В.П. Место и возможности эндовидеохирургии в лечении ущемленных паховых грыж	177
Сангинов Д.Р., Зоиров Р., Мафтунаи М. Хирургическая тактика при неорганных забрюшинных опухолях	178
Сангинов Д.Р., Сатторова М.А., Камолов Д.Ш., Хасанзода М. Критерии оптимального режима химиотерапии при злокачественных трофобластических опухолях	179
Сангинов Д.Р., Саидов Х.М., Нажмиддинов А.Х., Мухиддинов У.Р. Вопросы диагностики и лечения рака почки	179
Сафаров А.Х., Сироджов К.Х., Хамидов Д.Б., Косимов З.К., Холназаров Ш.Э. Окислительный стресс у больных с сочетанной травмой таза	180
Сироджов К.Х., Рабиев Х.Х., Холов Д.И., Исупов Ш.А. Системный подход при переломах проксимального конца бедренной кости у пациентов пожилого и старческого возраста	181
Сироджов К.Х., Сафаров А.Х., Рабиев Х.Х., Бегов А.Х. Преимущества малоинвазивного остеосинтеза нестабильных переломов дистального отдела бедра у больных с сочетанной травмой	182
Сироджов К.Х., Набиев М.Т., Нурахмадов Ф.Г., Махмадалиев Б.Г. Оптимизация хирургического подхода к нестабильным переломам бедренной кости у больных с сочетанной травмой	183
Сироджов К.Х., Рабиев Х.Х., Матлюбов Т.А., Набиев М.Х. Преимущества первичной артропластики нестабильных межвертельных переломов бедра у пациентов пожилого возраста с учётом коморбидности	184
Тоиров М.Г., Ходиев Ш.И., Назаров К.Х., Толибов Ф., Мирзоолимов Ш.Н. Эффективность применения двух видов антикоагулянтов во время лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей	185
Файзиев И.Д., Мамаджонов Ш.И., Джураев Б.Л., Якубов Р.М., Сангинов А.А., Асимов О.Д., Норходжаева З.М. Состояние челюстно-лицевой области при поражении короновирусной инфекцией COVID-19, по данным отделения челюстно-лицевой хирургии СОКБ г. Худжанда	186
Файзиев И.Д., Хасанов З.Х., Негматов Н., Зокиров У.А. Изучение распространённости и интенсивности кариеса зубов у детей	187
Хакназаров Х.Ш., Абдуллозода М.Ф., Боев С.Н., Заирова М.Ф., Рахимов Г.Х. Эффективность применения аутоплазмы в комплексном лечении больных с артрозами	187
Хакназаров Х.Ш., Абдуллозода М.Ф., Боев С.Н., Назаров Б.Ч., Холова Х.Т. Опыт применения плазмафереза в комплексном лечении больных ревматоидным артритом	188

Халимова З.С., Саидов Х.А., Сафаров Х.А. К вопросу о лечении коронавирусного конъюнктивита	189
Ходиев Ш.И., Тоиров М.Г., Орзуев Р.М., Мирзоолимов Ш.А., Лаикаров Х.Л. Диагностика и лечение осложненных форм эхинококкоза органов брюшной полости	190
Холиков З.Х., Хукумзода М.З. Применение бензидамина гидрохлорида при лечении острых ринофарингитов	191
Хукумзода М.З., Холиков З.Х. Эффективная местная терапия при хронических субатрофических фарингитах	192
Хушвахтов Д.И., Байриков И.М., Мирзоев М.Ш., Сафаров С.А. Хирургические методы лечения больных с костными дефектами челюстей	193
Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О. Возникновение очагов одонтогенной инфекции в амбулаторных условиях	194
Шамсидинов Б.Н., Мухтарова П.Р., Олимов Т.Х., Хамдамов Ф. Влияние коронавирусной инфекции на течение хронической ЛОР-патологии	195
Шокиров Т.М., Мурадов А.М., Нозиров Дж.Х., Шумилина М.В. Функциональное состояние гемодинамики большого круга кровообращения у больных с терминальной стадией хронической болезни почек, осложненной хронической сердечной недостаточностью	196
Шумилина О.В., Зарифов Ш.И., Мурадов А.М., Шумилина М.В., Мурадов А.А., Хамрокулов А.А., Ризоев М.М. Плазмаферез, непрямое электрохимическое окисление крови и плазмы, их комбинированное применение при коррекции синдрома эндогенной интоксикации у больных с острой печеночной недостаточностью	197
Юсупова З.Х., Шамсидинов А.Т., Файзов К.С. Результаты лечения окклюзионных дефектов несъемными конструкциями зубных протезов у лиц с зубочелюстными аномалиями и их ретроспективные показатели	199
Юсупова З.Х., Шамсидинов А.Т., Файзов К.С. Состояние съемных зубных протезов из термопласта после применения различных дезинфицирующих гигиенических средств	200
Яковенко О.И., Акимов В.П., Яковенко Т.В. Некоторые проблемы лечения лактационных маститов	200

КОМЁБИҶОИ ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ СОҶАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ДАВРОНИ ИСТИҚДОЛИЯТ

Муҳиддин Н.Д., Давлятов С.Б., Бойбобоев А.А.

Баъди ба даст овардани Истиқдолияти давлатӣ, кишвар (9 сентябри соли 1991) на танҳо ба мушкилоти иқтисодӣ рӯ ба рӯ шуд, балки дар соҳаи сиёсӣ ва этникӣ ихтилофи назаррасро аз сар гузаронид, ки он боиси дар миёнаҳои соли 1992 сар задани ҷанги шаҳрвандӣ гардид. Таназзули иқтисодӣ, сиёсӣ ва иҷтимоӣ боиси паст гардидани нишондиҳандаҳои солимии аҳоли шуда, ҷумҳурӣ шароити зарурӣ надошт, ки тамоми имконоти мавҷударо барои мақсадҳои ислоҳоти иқтисодӣ ва иҷтимоӣ равонағ созад. Ҳамзамон қатъ гардидани робитаҳои иқтисодӣ, коҳиш ёфтани истеҳсолот, мушкилоти молиявӣ ва дигар душвориҳо хизматрасонии тиббии камсамарро боз ҳам амиқтар гардонид.

Агар аз як тараф мушкилоти дар марҳилаи ибтидоӣ ба даст овардани Истиқдолияти давлатӣ вобаста ба сар задани ҷанги шаҳрвандӣ барои берун аз марзи ҷумҳурӣ рафтани табибони соҳибтаҷриба оварда расонида бошанд, пас аз тарафи дигар баъди пош хӯрдани Иттиҳоди шӯравӣ Донишкадаи умумиттифоқии тақмили ихтисоси табибон барҳам хӯрд ва дар давлатҳои муштаракулмановфеъ раванди таҳсилоти баъдидипломӣ дар асоси талаботи иқтисоди бозоргонӣ шурӯъ гардид. Факултети тақмили ихтисоси табибон, ки дар сохтори Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино фаъолият мекард, қудрати ба таври кофӣ гузаронидани даврҳои тақмили ихтисос ва бозомӯзии мутахассисони соҳаро надошт. Аз ҳамин лиҳоз, бо мақсади азнавсозии қатъии системаи тақмили ихтисоси мутахассисони соҳа, дар амал татбиқ намудани ислоҳоти таҳсилоти тиббӣ ва фарматсевтӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, баланд бардоштани сатҳи тайёрии касбии баъдидипломии табибону фарматсевтон ва дигар мутахассисони соҳаи тандурустии ҷумҳурӣ бо қарори Шӯрои Вазирони Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 июни соли 1993 таҳти №247 Донишкадаи тақмили ихтисоси баъдидипломии кормандони тибби Тоҷикистон дар заминаи факултети тақмили ихтисоси табибони Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино (ФУВ) дар бинои собиқ дармонгоҳи машваратии Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии ба номи А.М. Дяков таъсис дода шуд (тағйири номи донишкада – аз 18 июни соли 1994 таҳти №356), ки фаъолияти он аз ташкил ва гузаронидани тақмил, тағйири ихтисос ва бозомӯзии мутахассисони дорои маълумоти олию миёнаи тиббӣ ва фарматсевтиро дарбар гирифт. Донишкада фаъолияти худро дар он солҳо бо 1 нафар доктори илмҳои тиб, 1 профессор, 19 нафар номзадҳои илмҳои тиб ва 11 нафар омӯзгорон оғоз намуда буд. Дар соли аввали фаъолияти донишкада ҳамагӣ 60 нафар духтурон даврҳои таҳсили тақмили ихтисосро хатм намуданд. Баъдан донишкада бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 марти соли 2014 таҳти №148 ҳамчун Муассисаи давлатии таълимии (МДТ) «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» номгузорӣ карда шуд.

Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон ба рушди захираҳои кадрӣ соҳаи тандурустӣ аҳамияти махсус медиҳад. Бо ин мақсад дар мамлакат «Консепсияи ислоҳоти таҳсилоти тиббӣ фарматсевтӣ» ва «Барномаи тарбияи кадрҳои тиббӣ барои солҳои 2010-2020» таҳия ва қабул гардида буданд. Дар баробари дигар муассисаҳои асосии таҳсилоти олиӣ ҷумҳуриявӣ Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар даври соҳибистиқлолӣ пайваста рушд ёфта, ҳоло ҳамчун муассисаи таълимии калидии тайёр намудани кормандони соҳаи тандурустӣ дар марҳилаи баъдидипломӣ ҳисобида мешавад. Мавриди зикр аст, ки новобаста аз ташкили донишкада дар шароити мушкилтарини марҳилаи бунёди таърихи навини давраи соҳибистиқлолӣ ва доштани собиқаи кории начандон зиёди 28 – сола, сохтори донишкада зина ба зина созмон ёфта, ҳоло дар донишкада 2 шўба (филиалҳо дар шаҳрҳои Хучанди вилояти Суғд ва Бохтари вилояти Хатлон), 5 факултет, аз он ҷумла факултетҳои ҷарроҳӣ, терапия, кори ҳамширагӣ, сиҳатии ҷомеа ва тандурустӣ ва тақмили ихтисоси омӯзгорон иборат аз 61 кафедраҳо ва курсҳо фаъолият карда истодаанд.

Айни замон дар донишкада 388 нафар кормандон фаъолият менамоянд, ки аз ин шумора 314 нафарашонро профессорону омӯзгорон ташкил медиҳанд. Аз шумораи номбурда 31 нафар докторони илмҳои тиб буда, 12 нафари онҳо дорои унвони илмӣ профессор мебошанд. Аз 111 нафар номзадҳои илмӣ тиб 23 нафарашон соҳиби унвони

илмии дотсентӣ мебошанд. Ин шумора аз рушди потенциали кадрӣ донишқада шаҳодат медиҳад.

Дар давоми 28 сол дар даврҳои таълимӣ 14602 нафар табибон аз рӯи ихтисосҳои гуногун таҳсил намудаанд. Инчунин, 12037 нафар кормандони миёнаи тиббӣ низ даврҳои омӯзиширо дар кафедраи курсҳои донишқада ва шӯъбаҳои он гузаштаанд.

Солҳои 2010-2020-ро ҳамчун солҳои рушди сохторҳои таълимӣ ва пойгоҳҳои клиникӣ донишқада метавон арзёбӣ намуд. Бо дастгирии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон танҳо дар давоми 6 соли охир барои пешбурди фаъолияти донишқада илова ба воҳидҳои қорӣи мавҷудбуда, боз 40 адад воҳидҳои қорӣ ҷудо карда шуданд. Ин имконият дод, ки доираи фаъолияти донишқада васеъ гардад ва бо дарназардошти эҳтиёҷоти ҷойдошта ба усулҳои муосири ташхису табобат, илова ба кафедраҳо ва курсҳои, ки дар донишқада фаъолият доштанд, таъмин намояд.

Барои боз ҳам беҳтар намудан ва таъмини шаффофияти раванди қабули имтиҳонҳо ва санҷишҳо дар донишқада, инчунин, ба талаботи замони мувофиқ намудани фаъолияти таълимӣ донишқада Маркази санҷишҳои тестӣи донишқада таъсис дода, он тавассути тестҳои компютерӣ санҷидани дониши шунавандагонро имконпазир гардонид.

Бо мақсади ба таври васеъ фаро гирифтани мутахассисон аз ноҳияҳои дурдаст барои омӯзиши масъалаҳои муҳим ва навоариҳо дар соҳаи ташхису табобат дар донишқада Маркази таълим дар фосила амал менамояд, ки он бо лавозимоти зарурӣ таҷҳизонида шуда, дар муддати 2 соли охир дар заминаи ин марказ 156 нафар кормандони муассисаҳои табобатӣ пешгирии кишвар бо ин тарзи ҳозиразамони таҳсил аз даврҳои такмили ихтисос гузаштанд.

Бо мақсади мутобиқ намудани таълимоти табибон ва кормандони миёнаи тиббӣ ҷумҳурӣ ба стандартҳои байналмилалӣ дар тамоми кафедраҳо ва курсҳои донишқада, инчунин, дар шӯъбаҳои донишқада дар вилоятҳои Суғд ва Хатлон барномаи модули таълимӣ барои ҳамаи даврҳои омӯзиш бо роҳи тестӣ ва имтиҳони феъли (воқеона) – и структуравии клиникӣ (OSKE) ба роҳ монда шудааст. Солҳои охир дар донишқада марказҳои тиббӣ далаелнок, таълим дар фосила, таълими симулятсионӣ ва ғайраҳо бо истифодаи технологияҳои инноватсионӣ ташкил карда шудаанд.

Қорҳои муолиҷавӣ ва тарбиявӣ яке аз самтҳои муҳими фаъолияти донишқада буда, барои раванди таълим ва қорҳои илмӣ донишқада ҳаматарафа мусоидат менамоянд.

Айни замони пойгоҳҳои клиникӣ кафедраҳо ва курсҳои донишқада дар 34 муассисаҳои табобатӣ профилактикӣ, аз ҷумла дар бинои асосӣ донишқада, 14 адад муассисаҳои табобатӣ зертобеи бевоситаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли, 15 муассисаҳои табобатӣ зертобеи Раёсати тандурустӣ шаҳри Душанбе, 2 муассисаҳои вилоятӣ (дар вилоятҳои Хатлон ва Суғд), 1 муассисаи Беморхонаи шаҳрии шаҳри Бохтар, 2 муассисаҳои хусусӣ ҷойгир мебошанд. Бояд қайд намуд, ки баъд аз ифтихои Муассисаи давлатӣ «Маҷмаи тандурустӣ «Истиқлол» теъдоди пойгоҳҳои клиникӣ дар муассисаҳои зертобеи Раёсати тандурустӣ шаҳри Душанбе воқеъбуда 2 адад афзоиш ёфтанд.

Ҷолиби қайд аст, ки айни ҳол дар назди бинои асосӣ донишқада сохтмони бинои дуошёнаи иловагӣ идома дорад, ки дар он ташкил намудани толори нави маҷлисоҳ, лабораторияи таълимӣ, маркази симулятсионӣ ва ҳуҷраҳои иловагии таълимӣ дар назар дошта шудаанд.

Аз ҷониби олимони донишқада якҷанд усулҳои нави табобати бемориҳо, аз ҷумла аз ҷониби кормандони кафедраи ҷарроҳӣ, анестезиология ва реаниматологияи қўдаконаи донишқада усулҳои ҳозиразамон ва муосири ташхис ва табобати нуқсонҳои модарзодӣ ва бемориҳои рўдаи ғафс, амалиётҳои тармимӣ барқарорсозӣ ҳангоми ҳама намудҳои нуқсонҳои роҳҳои пешоббарор, талхабарор ва шаклвайронии қафаси сина, эзофагопластика аз ҳисоби рўдаи ғафс; аз тарафи олимони кафедраи ҷарроҳӣ ҷоғу рўй ва стоматологияи қўдаконаи донишқада аввалин шуда дар ҷумҳурӣ маводҳои хусусияти хотиравидошта бо маводи никелиди титан; аз ҷониби кормандони кафедраи ҷарроҳӣ дилу рағҳои хунгард, эндоваскулярӣ ва тармимӣ усули кушодани видеоторакоскопии перикард мавриди табобати беморон бо перикардити экссудативӣ музмин, усули табобати якҷояи видеолaparоскопии беморони узвҳои ковокии шикам ва коси хурд; аз тарафи олимони кафедраи тиббӣ эфферентӣ ва муолиҷаи интенсивӣ усули ташхиси бармаҳали мавқеи алоими лахташавӣ дохиливаридӣ диссеминатсияшуда (ДВС – синдром) ва алоими зарбхўрии шадиди шушҳо дар қўдакон бо уролитиази дутарафа, оризаи норасоии музмини фаъолияти гурдаҳо, ташхиси бармаҳали варами шуши қўдакон бо уролитиази дутарафа, оризаи норасоии музмини фаъолияти гурдаҳо, ташхиси бармаҳали алоими берунаи захролудшавӣ, алоими зарбхўрии шадиди шушҳо ва алоими норасоии узвҳои ҳаётан муҳим дар

кўдакон бо уролитиази дутарафа ва оризаи норасоии музмини фаъолияти гурдаҳо; аз ҷониби кормандони кафедраи ҷарроҳии донишқада резексияи панкреатодуоденалӣ, кри-оҷарроҳӣ бо буриши ҷигар, спленэктомия бо аутоотрансплантатсияи фрагментҳои испурч, буриши ҷигар ҳангоми бемории сили ҷигар, намуди анастомозҳои билиодегистивӣ ва ғайра татбиқ карда шуданд.

Соли 2015 кафедраи бемориҳои ҷарроҳӣ ва эндоҷарроҳии МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» таъсис дода, дар он тайёр намудани мутахассисони соҳаи эндоҷарроҳӣ ба роҳ монда шуд. Мавриди зикр аст, ки дар давоми фаъолияти кафедраи мазкур аз ҷониби кормандони он як қатор усулҳои муосири ташхис ва табобати эндоҷарроҳӣ аввалин маротиба дар ҷумҳурӣ амалӣ гардидаанд. Дар пойгоҳи кафедраи мазкур, ки бо таҷҳизотҳои зарурӣ мучаҳҳазонида шудааст, видеолапароскопияи ташхисӣ барои муайян кардани бемориҳои шадид ва музмини узвҳои ковокии шикам, коси хурд ва пушти сифоқпарда мавҷуд аст. Ҳамзамон кормандони кафедра зиёда аз 50 намудҳои нави ҷарроҳиро коркард намуда, бо усули эндоскопӣ мегузаронанд.

Пандемияи сирояти нави коронавирусӣ (COVID – 19)-ро ҳамчун фоҷиаи глобалии ҷаҳонии асри XXI бояд маҳсуб донист. Дар натиҷаи паҳншавии бемории сироятии коронавирусӣ соли 2020 барои сокинони сайёра, аз ҷумла Тоҷикистон яке аз солҳои аз ҳар лиҳоз вазнин буд. Пайомадҳои пандемия ва таъсири манфии он ба соҳаҳои иқтисодиёт ва иҷтимоиёти ҷомеаи ҷаҳонӣ ниҳоят калон буда, дар сад соли охир ин бӯҳрони калонтарини ҷаҳонӣ мебошад.

Бояд қайд намуд, ки 5 майи соли 2020 бо ташаббуси Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳамкорӣ бо Коммерсбонки Тоҷикистон Маркази машваратӣ табобатӣ (таҳти №311) ташкил гардида, дар он 54 нафар мутахассисон – омӯзгорони кафедраҳо ва курсҳои донишқада ҳамчун оператор – машваратчиён ба муроҷиаткунандагон кӯмаки машваратӣ табобатӣ расониданд. Дар тӯли фаъолияти маркази номбурда зиёда аз 73 000 ниёзмандон аз мутахассисони он машварат гирифтанд.

Бо мурури ташаккулёбии сохтори донишқада дар доираи фаъолияти илмӣ – таҳқиқотии донишқада кафедраҳо ва курсҳои нав шомил гаштан гирифтанд. Бо фармоиши ректори донишқада аз 10 апрели соли 2005 таҳти № 43/1 барои беҳтар намудани сифати корҳои илмӣ – таҳқиқотӣ Шӯъбаи илм ба Раёсати илм ва нашр ва баъдан соли 2015 ба Раёсати илм ва инноватсия табдил дода шуд.

Дастовардҳои олимони тибби тоҷик дар даврони истиқлол назаррас буда, ба соҳаҳои баландбардории ташхиси дақиқ бо истифода аз технологияи муосири ҷаҳонӣ ва таҳияи усулҳои нави табобат равона гаштаанд.

Дар солҳои пеш ва минбаъда фаъолияти илмӣ – тадқиқотии донишқада ба коркарди самтҳои илмӣ фундаменталӣ, инчунин, гузаронидани таҳқиқотҳо аз рӯи самтҳои афзалиятнокӣ тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 1 августи соли 2006 таҳти №362 («Стратегияи Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соҳаи илм ва технология барои солҳои 2007-2015») ва қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 2 июли соли 2009 таҳти № 371 («Барномаи ҳамгироии илм ва таҳсилоти олии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2015») тасдиқ шудаанд, мутобиқ гардидааст. Номгӯи муҳимтарин технологияи донишқада, ки барои коркард ва татбиқ дар истехсолот дар мавзӯи «Коркард ва татбиқи усулҳои муосири самарабахши экстракорпоралии гемо- ва лимфокоррекция дар ҳолатҳои барои беморон хавфнок (гемодиализ, гемодиафилтратсия, диализи перитонеалӣ)» давоми солҳои 2011-2015 амалӣ гардид.

Самти корҳои илмӣ – тадқиқотии донишқада ба самтҳои афзалиятдоштаи тадқиқотҳои илмӣ дар соҳаи илми тиб, ки дар ҳуҷҷатҳои стратегӣ – «Стратегияи Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соҳаи илм ва технология барои солҳои 2007-2015», баъдан барои солҳои 2011 – 2015 ва 2020 муайян гардидааст, равона гардида, дар давоми ин солҳо оиди 35 лоиҳаҳои илмӣ аз тарафи бучети давлатӣ маблағгузоришаванда, 2 лоиҳаи илмӣ аз Фонди Президентии тадқиқоти бунёдӣ маблағгузоришаванда ва 20 мавзӯҳои илмӣ ташаббусӣ корҳои илмӣ тадқиқотӣ ба роҳ монда шуда буданд. Айни ҳол дар кафедраҳо ва курсҳои донишқада оиди 5 лоиҳаҳои илмӣ аз тарафи бучети давлатӣ маблағгузоришаванда ва 6 мавзӯҳои илмӣ ташаббусӣ корҳои илмӣ тадқиқотӣ амалӣ мегарданд.

Дар ин муддат 27 конференсияҳои солонаи илмӣ – амалии донишқада гузаронида шудаанд, ки дар онҳо ҳамасола зиёда аз 200 нафар мутахассисони соҳаи тандурустии кишвар ширкат меварзанд. Маводҳои конференсияҳои солонаи донишқада дар намуди маҷмӯи мақола ва тезисҳо ба ҳисоби миёна 100 ададро ташкил намудаанд.

Натиҷаҳои корҳои илмӣ – тадқиқоти гузаронидашуда дар амалияи соҳаи тандурустӣ бо намуди нашр намудани монографияҳо (61), дастурамалҳои методӣ (156), дастурамалҳои таълимӣ (175) ворид карда шудаанд. Саҳми олимони донишқада дар самти ихтироъ ва татбиқи усулҳои муносири ташхису табobati бемориҳо дар тибби амалияи кишвар назаррас буда, аз тарафи кормандони донишқада тайи ин солҳо ба миқдори 360 наовариҳо дар раванди илм, таълим ва муолиҷа, 230 пешниҳодотҳои беҳсозӣ, 64 адад патентҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 5 адад патентҳои Федератсияи Россия ворид карда шудаанд. Дар баробари дигар олимони ду нафар кормандони донишқада ҳамчун беҳтарин ихтироъкорони ҷумҳурӣ доништа шуданд. Натиҷаҳои бадастомадаи наовариҳо ва патентҳо дар раванди корҳои муолиҷавӣ пайваста амалӣ мегарданд.

Дар солҳои 2010-2013 кормандони кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи донишқада дар ҷаласаҳои Конгресси байналмилалӣ «Евро – Медиа» дар шаҳри Ганновери Ҷумҳурии Федеративии Олмон иштирок намуда, соҳиби 2 ордени «Шаъну шараф», 5 медалҳои «Роберт Кох», 2 медали «Теодор Билрот» ва 2 медали «Петеркофф» гаштанд.

Бо фармони Комиссияи олии аттестатсионӣ (КОА) – и Федератсияи Россия Шӯрои диссертатсионӣ К 737.006.01 оид ба «Анестезиология ва реаниматология» бо шифри 14.01.20 ва «Стоматология» бо шифри 14.01.14 аз 21 сентябри соли 2001 таҳти рақами № 1765 ва Шӯрои диссертатсионӣ К 737.006.02 оид ба «Сихатии ҷомеа ва тандурустӣ» бо шифри 14.02.03 аз 10 январи соли 2003 таҳти рақами № 104-в кори худро оғоз намудаанд. Ҷолиби қайд аст, ки пас аз таъсисёбии Комиссияи олии аттестатсионӣ (КОА) – и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дар назди донишқада 2 Шӯрои диссертатсионӣ барои дарёфти дараҷаи илмӣ доктори фалсафа (PhD), доктор аз рӯи ихтисоси 6D110100 – и «Тиб» бо рамзи 6D.KOA-042 – «Дандонпизишкӣ» аз 29 март соли 2018 таҳти № 39 ва 6D.KOA-056 – аз рӯи ихтисосҳои 14.01.20 – «Иншоршиносӣ ва таҳдиромӯзӣ», 14.01.23 – «Урология» аз 1 июли соли 2019 таҳти №155/шд ба ғаъолият оғоз намуданд.

Дар давоми ғаъолият дар ин шӯроҳои диссертатсионӣ зиёда аз 145 рисолаҳои илмӣ номзадӣ ва 11 рисолаҳои илмӣ докторӣ бомуваффақият ҳимоя гардиданд. Дар ин шӯроҳои донишқада на танҳо унвонҷӯёни дохилӣ, балки аз дигар донишгоҳҳо ва берун аз ҷумҳурӣ низ унвонҷӯён ташриф оварда, корҳои худро дифоъ намудаанд. Ба ин унвонҷӯёни ҷумҳуриҳои Қирғизистон, Қазоқистон ва Федератсияи Россия мисол шуда метавонанд.

Бояд қайд намуд, ки бо мақсади иттилоотонӣ ва инъикоси шаффофи ғаъолияти донишқада соли 2011 нашрияи соҳавӣ донишқада – маҷаллаи илмӣ-амалӣ «Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ» («Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения») таъсис ёфта, он аз 3 июни соли 2016 таҳти рақами 1931 инҷониб ба рӯйхати номгуӣ маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионӣ (КОА) Федератсияи Россия ва баъдан аз 26 апрели соли 2018 ба рӯйхати номгуӣ маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионӣ назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон шомил мебошад. Дар маҷаллаи донишқада аз тарафи олимони Федератсияи Россия, Ҷумҳурии Ўзбекистон, Ҷумҳурии Қазоқистон, Ҷумҳурии Қирғизистон низ мақолаҳо ба ҷоп мерасанд (дар ин мӯҳлат зиёда аз 30 адад мақолаҳо ба нашр расидаанд). Инчунин, ба ҳайати таҳририя ва шӯрои таҳририяи маҷалла 6 нафар олимони Федератсияи Россия ва 1 олимони Ҷумҳурии Ўзбекистон шомил мебошанд.

Дар донишқада 5 нафар кормандон дорои унвони фаҳрии «Корманди шоистаи Ҷумҳурии Тоҷикистон» қор мекунанд. 3 нафар кормандони донишқада бо ордени «Шараф» ва 3 нафар бо медали «Хизмати шоиста» мукофотонида шудаанд. 1 нафар соҳиби Ҷоизаи Исмоили Сомонӣ буда, аз ҷумлаи кормандони донишқада 94 нафар дорандаи унвони «Аълоҷии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва 1 нафар унвони «Аълоҷии маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон» мебошанд.

Мақсад ва ҳадафҳои асосии рушди минбаъдаи донишқада пеш аз ҳама ин мутобиқ гардонидани таҳсилоти тиббӣ – сохтор, мазмун, мӯҳлат ва сифати таълимот ба стандартҳои давлатӣ ва байналмилалӣ, талаботи расонидани кӯмаки тиббии босифат ба аҳоли, саҳмгузори донишқада барои татбиқи сиёсати давлат дар самти ворид шудани Ҷумҳурии Тоҷикистон ба фазои таҳсилоти ягонаи ҷаҳонӣ, ҳамчунин, имконоти ба роҳ мондани ҳамкориҳои байналмилалӣ дар соҳаи тайёркунӣ ва бозомӯзии мутахассисон мебошад. Маҳз дар самти тайёр кардани кадрҳои илмӣ амалиявии соҳаи тандурустӣ дар донишқада аз рӯи ихтисосҳое, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба онҳо эҳтиёҷоти зиёд аст ва барои имконияти тайёр намудани онҳо дар дохили кишвар мушкилотҳо вучуд

доранд, чораҳои зарурӣ андешида, барои ҳалли ин масъала ҳамкориҳои тарафайн бо муассисаҳои таълимии кишварҳои хориҷӣ ба роҳ монда шудаанд.

Роҳбарияти МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” тамоми саъю кӯшиши худро барои иҷрои дастуру супоришҳои Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, Пешвои миллат, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон, ки дар паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 26 январӣ соли 2021 «Дар бораи самтҳои асосии сиёсати дохилию хориҷии ҷумҳурӣ» зикр гардидаанд, равона намуда, ҷиҳати дар сатҳи баланд ва тантанавӣ пешвоз гирифтани санаи таърихӣ – 30-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои амалисозии саривақтии чорабиниҳои банақшагирифташуда корҳои заруриро анҷом медиҳад.

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹Абдусаматзода З.А., ²Юнусова Д.З., ²Мухамадиева С.М.,
¹Абдурахманова Ф.М., ²Рахматуллаев Ш.Р.

ОЦЕНКА СИТУАЦИИ ПО НАПРАВЛЕНИЮ И ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЮ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ПИЛОТНЫХ РЕГИОНАХ

¹ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»

²ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценка ситуации по направлению и перенаправлению в системе охраны здоровья матери и ребенка и разработка предложений по улучшению качества медицинской помощи для женщин и новорожденных.

Материал и методы исследования. Объектами исследования были родильные отделения сельских участковых больниц (СУБ) Файзобадского района, Рашта и Шохина Республики Таджикистан.

Предмет исследования: использовали соответствие качества оказания медицинских услуг согласно стандартам ВОЗ «CEMONC» (комплексная неотложная акушерская и неонатальная помощь) (КНАНП), пакету 7 сигнальных функций стандартов ВОЗ (BEMONC) по оценке базовой неотложной акушерской и неонатальной помощи (БНАНП). Источники информации и инструкции по проведению оценки: медицинская документация: статистические данные, истории родов и новорожденных, отчеты учреждений. Оценка проводилась на предмет наличия коммуникаций, количества родов, а также на использование и наличие оборудования и обученных кадров.

Этапы исследования: 1. картирование населённых пунктов и выявление их удаленности от учреждения родовспоможения, картирование учреждений первичного уровня и родовспоможения с определением их иерархии; 2. анализ всех учреждений родовспоможения первого уровня, расположенных в сельских участковых больницах; 3. формирование пересмотренных маршрутов направлений и перенаправлений.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в Файзобадском районе (с. Миски-

нобод) время, необходимое для оказания КНАНП, составляет 40 минут, оценка по БНАНП - 71%. Объект стратегически расположен, нужна реновация, необходимо повысить БНАНП.

В Раште: с. Хаит - время, необходимое для оказания КНАНП, составляет 90-150 мин, оценка по БНАНП - 86%, объект стратегически расположен, нужна реновация, необходимо повысить БНАНП; с. Навобод - время, необходимое для оказания КНАНП, составляет 40-60 минут, оценка по БНАНП - 52%, растущий городок, имеется необходимость в инвестиции района; дж. Калъаи Сурх - 20 минут, оценка по БНАНП - 57%, мало родов, близко к ЦРБ, рассмотреть сокращение, всех направлять в ЦРБ; дж. Чафр, село Нимич - время, необходимое для оказания КНАНП составляет 20 минут, оценка по БНАНП - 52%, мало родов, предусмотреть гостиницу. В городке Шохин: с. Н.Махмудов - время, необходимое для оказания КНАНП, - 1 час 30 мин, оценка по БНАНП - 81%, мало родов, предусмотреть гостиницу; с. Догистон - время, необходимое для оказания КНАНП, составляет 30-40 минут, оценка по БНАНП - 38%, мало родов, близко к ЦРБ, рассмотреть сокращение, всех направлять в ЦРБ; Мирзо али - время, необходимое для оказания КНАНП, составляет 120 минут, оценка по БНАНП - 81%, заключить договор с родильными отделениями городов Восеъ и Куляба; с. Чагами нав время, необходимое для оказания КНАНП, составляет - 90 минут, оценка по БНАНП - 29%, новое здание, стратегически расположено; Даштичум - время, необходимое для оказания КНАНП, - 100 минут, 67%, мало родов, рассмотреть возможность построить гостиницу.

Полученные результаты картирования населенных пунктов и медицинских учреждений позволили определить существующие цепочки направлений и проблемные места в существующем механизме. Основные проблемы при оказании КНАНП: несоответствие медицинских учреждений требованиям стандартов (отсутствие связи, отсутствие санитарного транспорта, чистой линии света, воды, источников тепла и канализации), сложности с дорогами или полная недоступность в зимнее время; отсутствие минимального обеспечения лекарственными

ми препаратами; неукомплектованность врачами (семейные и акушеры-гинекологи); отсутствия единого регламентирующего документа направления и перенаправления (регионализация).

Заключение. Разработать документ по маршрутизации направлений и перенаправлений, а также их вовлечения в цифровой учет по системе направлений. Для улучшения качества предоставляемых услуг усилить роль специалистов ПМСП с особым акцентом на акушеров, включая содействие патронажным визитам.

¹Абдусаматзода З.А., ²Юнусова Д.З., ²Мухамадиева С.М.,
²Пулатова А.П., ²Каримова С.Ф.

АНАЛИЗ ПРИЧИН МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

¹ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

²ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить причины материнских потерь в период пандемии COVID-19 в регионе и разработать предложения по их профилактике.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации: (индивидуальная карта беременных, истории родов и заключение экспертов) 71 случая летальных исходов женщин, смерть которых произошла во время беременности, в родах и послеродовом периоде.

Статистическая обработка проведена в виде абсолютных значений и их процентного соотношения с использованием компьютерных технологий.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин с летальным исходом составлял 30 лет. Более 1/3 женщин были жительницами Хатлонской и Согдийской областей (31% и 28,1% соответственно), 15% составляли умершие из районов республиканского подчинения, 17% – г. Душанбе. Практически все пациентки были домохозяйками (87,7%) с низким уровнем образования (72,5%). Более половины случаев материнских потерь (53,5%) составляли женщины активного репродуктивного возраста (25-34 года), почти

каждая третья (29,5 %) - позднего (35-44 года), 14% - раннего (20-24 года) и 12,9% - подросткового (19 лет). В паритете родов преобладали повторнородящие (2-3 родов) - 53,5%, первородящие составляли 28,1%, многорожавшие (4 и более родов) - 18,9%. В структуре экстрагенитальной патологии заболевания дыхательных путей составляли 64,8%, почек - 35%, анемией различной степени страдали 48,3%, йоддефицитными состояниями - 13,3%, варикозной болезнью - 13,8%; ожирением страдали 11,7% женщин, сахарным диабетом - 3,3%. Контрацепцию использовали только 16,6% пациенток. Состояли на учете в Центрах репродуктивного здоровья по поводу настоящей беременности 81,7%, не состояли - 18,3%, при этом наблюдались у акушера-гинеколога 53,5%, семейного врача - 42,2%, семейной медсестры - 2,8%, акушерки - 1,4%. Среди состоявших на диспансерном учете количество посещений к медработникам до 4-х визитов было в 8,4% случаев, 4-5 посещений - 29,5%, 6-8 - 43,8%. Доставлены в родовспомогательное учреждение родственниками 80%, машиной скорой помощи - 20% беременных. Большая часть смертных случаев (81,6%) произошли в будние дни (понедельник, вторник, среда, четверг, пятница),

остальные (18,3%) – в воскресные дни. Среди проанализированных 60 летальных случаев 10 женщин (16,7%) погибли беременными, у 1 (1,6%) произошел самопроизвольный выкидыш при сроке 18 недель гестации, 49 (81,6%) – родоразрешены в различные сроки беременности. Из общего количества летальных исходов при поступлении в стационар у более половины (51,6%) умерших женщин состояние оценено как тяжелое, более у 1/3 (36,6%) – средней тяжести, каждой десятой (11,6%) – удовлетворительное. Тогда как из числа умерших беременных удовлетворительным признано состояние 40%, средней степени – 10%, тяжелым – 50%.

Срочные роды произошли в 57,1% случаев, преждевременные – в 32,6%, запоздалые – в 10,4%. Через естественные родовые пути родоразрешены в 42,8% женщин, кесарево сечение произведено в 57,1% случаев. Среди беременных смерть произошла при сроке беременности 37-41 неделя в 20% случаев, 30-36 недель – 40%, 19-28 недель – 40%.

Среди проанализированных 60 летальных случаев установлены причины, связанные, возможно, с коронавирусной инфекцией: тромбоэмболия легочной артерии (43,3%), при этом у беременных – 50%; двухсторонняя пневмония – 15%, у беременных – 10,0%; врожденный порок сердца сопутствовал в 2 случаях (3,3%). Прямыми акушерскими причинами явились: сепсис (15%), массивные акушерские кровотечения (20%), из которых от преждевре-

менной отслойки нормально расположенной плаценты погибли 58,3%, гипотонические кровотечения – 41,7%, тяжелая преэклампсия – 15%, эклампсия (3,3%), HELP-синдром (5%), эмболия околоплодными водами (3,3%). Перинатальные исходы были следующими: из 49 (80%) родивших женщин доношенными родились 56,6%, недоношенными – 43,4%; живорожденные составляли 81,6%, перинатальная смертность установлена в 18,4% случаев (антенатальная гибель – 90%, интранатальная – 5%, ранняя неонатальная – 5%).

Заключение. При формировании мер по снижению материнской заболеваемости и смертности необходимо выделять «управляемые» системы здравоохранения, которые определяются медико-организационными и лечебно-диагностическими дефектами в организации медицинской помощи, к которым относятся: ненадлежащий антенатальный уход в период пандемии COVID-19, недостатки консультативной помощи смежными специалистами, не соблюдение национальных стандартов и методических рекомендаций «Особенности ведения беременности, родов и послеродового периода при коронавирусной инфекции COVID-19». Для снижения материнской смертности в регионах с ее высоким уровнем необходимо функционирование 3-уровневой системы оказания помощи беременным и родильницам, внедрение международных протоколов и телемедицинских технологий.

Баротов З.З., Бобоев И.К., Махмудова Н.М., Бобомуродов Ш.М.

ОЦЕНКА ЭПИДОБСТАНОВКИ ПО ДАННЫМ ГУ РОНЦ МЗИСЗН РТ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Определить уровень риска заражения медработников во время пандемии при оказании онкологической помощи.

Материал и методы исследования. Сотрудники ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ.

Методы исследования: клинические, лабораторные, биохимические, серологические, рентгенологические.

Результаты и их обсуждение. Несмотря на меры предосторожности, в Центре

зафиксировано 76 (100%) случаев заражения сотрудников коронавирусом. Хронологические анализы показали, что с 25.04.2020 г. до 5.11.2020 г. из 72 инфицированных (4 сотрудников заразились повторно) сотрудников 36 составили врачи, 14 – средний медперсонал, 13 – санитарки, остальные заразившиеся – сотрудники кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ТГМУ им. Абуали ибн Сино и хозяйственники; 5 больных из-за гипоксии и средне-тяжелого течения

болезни были госпитализированы в учреждения, профилированные для инфекционных больных, все они после выздоровления выписаны домой. Остальные заболевшие лечились дома по назначению семейных и инфекционных врачей и благополучно возвращались на работу. У 1% сотрудников заболели члены их семей.

КТ проведена 67 (100%) сотрудникам: у 10 (14,92%) больных в легких изменений не обнаружено, у 57 (85,10%) диагностированы сегментарные, полисегментарные пневмонии одного или обоих легких, различных объемов поражения легочной ткани. 14 (20%) сотрудникам после нормализации гемодинамических и дыхательных показателей проведено повторное КТ исследование легких. Согласно клиническим рекомендациям ВОЗ, повторное КТ исследование грудной клетки показано через 1,5 месяца. В большинстве случаев специалисты лучевой диагностики отмечают такие результаты: КТ признаки наиболее характерны для полисегментарной пневмонии обоих легких, средне тяжелого течения, в стадии разрешения, местами с образованием фиброзных изменений легочной ткани. В 2021 г. случаев регистрации заболевания не было. Большинство больных - 42 (55,27%) - отмечали у себя начальные симптомы коронавируса в виде потери вкуса, обоняния, диареи, повышения температуры тела выше 37,8°C (несколько дней). 21 (27,63%) человек отмечали слабость, кашель, затрудненное дыхание и одышку. Имел место 1

(1,31%) случай смерти хозработника Центра на дому. Спустя 3-5 месяцев после перенесенной болезни (COVID-19) всем переболевшим врачам проведено исследование на определение антител с целью выявления активных носителей болезни. Исследована плазма крови у 30 (44,78%) врачей из 67 (100%) сотрудников. Выявлено положительный титр антител IgG у 26 (38,80%) сотрудников, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19.

Закключение. Ежедневный прирост новых случаев заражений COVID-19 в Таджикистане остается неизменным и за последние две недели вновь возросло число умерших от коронавируса и пневмонии. Сотрудники ГУ РОНЦ во время пандемии COVID-19 ежедневно работали, продолжая свою деятельность, контактировали с больными и с их родственниками. Последствия пневмонии после SARS-CoV-2 в виде фиброзных изменений легочной ткани и все её проявления в виде слабости и одышки у многих излечившихся больных сохраняются в течение 4-6 месяцев. Риск заражения коронавирусом очень высок не только у врачей-инфекционистов, непосредственно посуточно занимающихся инфицированными больными, но и у онкологов. Кроме выполнения временных рекомендаций МЗиСЗН РТ ещё рекомендуется создавать специальные шлюзы-переходники у входа в госучреждение или здание, для снижения риска заражения вирусными инфекциями (грипп, SARS-CoV-2 и др. респираторные вирусы).

¹Джаборова Т.С., ²Кузиева Л.С., ¹Таибов А.Г.,
²Ходжаева Ш.А., ³Сафарова П.М.

ТЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ТАДЖИКИСТАНЕ

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оценить некоторые аспекты лечения и профилактики коронавирусной инфекции SARS-CoV-2.

Материал и методы исследования. В работе использованы информационные материалы ВОЗ, научные публикации, интернет-источники, а также временные клини-

ческие рекомендации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Проведен выборочный анализ первичной медицинской документации 250 респондентов, которые переболели коронавирусной инфекцией в период с 15 мая по 15 августа 2020 г., жителей г. Душанбе, района Рудаки,

Гиссарского и Вахдатского районов. Среди них был 171 (68,4%) мужчина и 79 (31,6%) женщин. Из общего числа переболевших 164 (65,6%) человека лечились в стационарах, 86 (34,4%) находились дома под пристальным наблюдением участковых врачей в зависимости от формы и течения заболевания.

Результаты и их обсуждение. Названный вирус передается воздушно-капельным, контактным и фекально-оральным путем. Чем ближе и теснее контакт здорового и больного, тем выше вероятность передачи инфекции. Входные ворота возбудителя - эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудочно-кишечного тракта. Повышенный риск заражения имеют медицинские работники, люди, связанные с тесным прямым общением с другими людьми, а также организованные коллективы.

Основные симптомы патологии - повышение температуры, боль в горле, кашель, одышка, затруднение дыхания, боль и стеснение в грудной клетке, снижение обоняния и инверсия вкусов, миалгия, быстрая утомляемость, снижение аппетита, концентрации внимания, иногда признаки конъюнктивита, изменение слуха, выпадение волос и др. Инкубационный период в среднем составляет от 2 до 14 суток. Источниками инфекций могут быть, прежде всего, больной человек и животные, в т.ч. находящиеся в инкубационном периоде заболевания. Заболеваемость особенно растёт зимой и ранней весной с быстрым ростом и развитием значительных осложнений.

Коронавирусная инфекция имеет достаточно изощренный метод проникновения в клетки организма. Поверхностные белковые «шипики» на границе вирусной частицы имитируют полезные для клетки вещества. Их ошибочно распознают трансмембранные рецепторы клетки и дают «разрешение» на вход. Иммунная система при этом не реагирует на проникновение вируса, так как она не видит оснований атаковать неопасный для организма материал. После прикрепления

к клетке вирус «продавливает» клеточную оболочку и вводит в её цитоплазму свой РНК. Далее запускается сборка белков и готовых вирусных образований. По мере формирования вирусного нуклеокапсида готовые вирусы покидают клетку, сливаясь с внешней мембраной, а сама клетка погибает.

Во внешней среде стандартные штаммы коронавирусов не отличаются устойчивостью, их большая часть погибает в течение нескольких часов. Они чувствительны к дезинфектантам, высушиванию, солнечной радиации и нагреванию.

Причинами быстрого распространения являются несоблюдение элементарных правил личной гигиены, отсутствие превентивных профилактических мероприятий, игнорирование ношения защитных масок, несоблюдение социальной дистанции, вакцинации, низкая санитарная культура и др.

В настоящее время отсутствуют рекомендации по этиотропной терапии с позиций доказательной медицины. Анализ литературных данных по клиническому опыту ведения больных с атипичной пневмонией позволяет выделить несколько наиболее часто используемых схем лечения с включением различных противовирусных средств.

Заключение. Подобной пандемии не было целое столетие, и она стала важнейшей социально-экономической проблемой века. Коронавирусы - это РНК-содержащие вирусы, которые передаются людям и животным. Многие из новых заболеваний возникают, когда инфекционные агенты, ранее поражавшие исключительно животных, начинают передаваться людям. Они различаются на генетическом уровне по размеру генома и свойствами антигенов. Избежать заражения помогут лишь изоляционно-ограничительные меры. Каких-то специфических воздействий на общую реактивность организма, способных предупредить развитие болезни у инфицированного, сегодня не существует. КВ отнесен ко II группе патогенности, как и некоторые другие представители этого семейства.

Джаборова Т.С., Рахматова Н.А.

К ВОПРОСУ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ: ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ ОТ ПАНДЕМИИ COVID-19

Кафедра общественного здоровья, экономики, управления здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить трудности в организации медицинских услуг населению и своевременного реагирования системы здравоохранения Таджикистана в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19.

Материал и методы исследования. Проведен сравнительный анализ деятельности систем здравоохранения до и во время пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 на основании изучения научных публикаций о доступности медицинских услуг населению.

Результаты и их обсуждение. Появление и распространение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) проверяет на прочность национальные системы здравоохранения, их потенциал противодействия, степень готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации, а также подчёркивает необходимость укрепления кадрового потенциала учреждений, как неотъемлемой части любой устойчивой системы здравоохранения. Кризис COVID-19 привлекает внимание к уже перегруженным системам общественного здравоохранения многих стран, равно как и к проблемам приема, расстановки, удержания и защиты достаточного числа обученных и мотивированных медицинских работников. В нём отражается настоятельная необходимость стабильных инвестиций в системы здравоохранения, включая медицинские кадры, в создание достойных условий труда и обеспечение лечебных учреждений необходимым оборудованием. Большое значение также придаётся своевременному предоставлению информации и открытому диалогу между работниками и руководителями системы здравоохранения. Работники и руководители системы здравоохранения должны сообщать последнюю информацию о клинических протоколах, мерах и решениях, обеспечивающих их эффективное выполнение, а также о ситуациях на работе, подвергающих медработников опасности.

В условиях пандемии и ограниченного доступа к непосредственной помощи в ме-

дицинских учреждениях особое развитие получили консультации специалистов по телефону и онлайн-консультации врачей, что не приветствовалось вне пандемии и не было настолько востребовано. Было вложено много сил и ресурсов на создание сайтов и специальных приложений в информационном пространстве, которые предоставляли пациентам необходимые услуги. Используя онлайн- и телефонные консультации, которые помогают отслеживать соблюдение самоизоляции для пациентов с лёгкой формой течения вирусной инфекции, удалось в некоторой степени предотвратить распространение инфекции. Возможность перевести хотя бы часть посещений в онлайн-формат помогла значительно снизить нагрузку на медицинскую систему страны во время пандемии. Другой особенностью организации помощи на данном этапе является внедрение в период пандемии современных диагностических технологий (электронные стетоскопы, пульсоксиметры, бесконтактные термометры и др.), которые можно использовать и в домашних условиях, а результатами мониторинга дистанционно поделиться с врачами.

Благодаря коронавирусу, резко возросла осведомленность о мерах личной и общественной гигиены. В общественных местах стали устанавливать специальные санитайзеры для дезинфекции рук. Приняты меры по социальному дистанцированию. Для людей стало привычкой носить маски при посещении общественных мест.

Заключение. Таким образом, пандемия научила систему здравоохранения своевременно реагировать на экстренную ситуацию, принимать правильные решения относительно кадров, финансирования отрасли, обеспечения клиническим оборудованием учреждений здравоохранения. Использование цифровых платформ также оказало положительное влияние в лечении больных, получении рекомендаций в отношении заболевания и проведении профилактических мер.

Закирова К. А., Махмудова Р. У., Махмудова П.У.

СХОДСТВО МЕЖДУ ТУБЕРКУЛЁЗОМ И КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

¹Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГУ «Республиканский центр защиты населения от туберкулеза»

Цель исследования. Изучить частоту распространённости и смертность от коронавируса COVID-19 среди туберкулёзных больных на уровне Республики.

Материал и методы исследования. Изучены статистические отчетные данные Республиканского центра защиты населения от туберкулёза (ТБ) на основании представленных отчётов областных, городских и районных центров защиты населения от туберкулёза. Проведен анализ полученных данных с учётных форм (амбулаторная карта ТБ больного - 025/у), регистрационный журнал ТБ-03, ТБ-07 за 2020 год.

Методика заключалась в проведении дифференциальной диагностики между коронавирусной пневмонией и туберкулёзным процессом у пациентов по схожим симптомам и со сходной патологией легких на рентгенограммах. Также мокрота этих пациентов была дообследована на наличие ТБ методом экспресс-диагностики Gene Xpert MTB/RIF, микроскопии и Хаин 1-2, а также на COVID-19 методом ПЦР на выявление SARS-CoV₂.

Результаты и их обсуждение. В течение 2020 года, период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, всего в противотуберкулёзных учреждениях республики было зарегистрировано 3655 пациентов с активной формой туберкулёза. Среди обратившихся в противотуберкулёзные учреждения страны 70 (1,91%) пациентов предъявляли жалобы респираторного характера, при этом на рентгенограммах были отмечены патологические изменения, сходные с COVID-19. На этапе лечения туберкулёзного процесса у 16 (23%) пациентов из 70 подозрительных лиц методом тестирования подтверждена коронавирусная инфекция. Из 16 подтвержденных 7 (43,7%) пациентов страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями и гипертонической болезнью, 3 (18,75%) - сахарным диабетом, 2 (12,5%) - ожирения 2-3-степени. Из числа больных с подтвержденным туберкулёзом и коро-

навирусой инфекцией 4 (5,7%) поступили с тяжелым течением процесса с летальным исходом, из них 3 (75%) были лица пожилого возраста (67 – 75 лет), двое из них имели множественно лекарственно устойчивые формы туберкулёза, у одного был рецидив туберкулёзного процесса.

Установлено, что все пациенты имели сопутствующую патологию в виде сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонической болезни, 2 (50%) страдали сахарным диабетом, что явилось основным фактором, способствующим летальному исходу.

Количество зарегистрированных больных активным туберкулёзом за период пандемии коронавируса 2020 года уменьшилось на 40%, в сравнении с этим же периодом 2019 года, возможно, одной из основных причин снижения выявления случаев ТБ является закрытие границ, объявление карантина, ограничение внешней и внутренней миграции, а также соблюдение правил личной гигиены, ношение масок, ограничение посещения мест массового скопления людей, соблюдение дистанции в общественных местах, запрет на проведение массовых мероприятий, соблюдение дезинфекционных мер и пр.

Заключение. Проанализировав все полученные данные за период 2020 года, можно отметить, что коронавирусная инфекция COVID-19 не имеет значимого отрицательного влияния на туберкулёзную инфекцию, в дальнейшем данная проблема подлежит изучению. По стране было выявлено и взято на лечение 3655 ТБ пациентов из 70 подозрительных лиц на COVID-19, методом тестирования подтверждена коронавирусная инфекция у 16 (23%). Из них на этапе лечения летальный исход составил 4 (0,1%) случая, это были пациенты пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями. Необходимо отметить, что пациенты с ТБ получали противотуберкулёзные препараты - антибиотики широкого спектра действия, которые имеют эффективность при воспалительных процессах.

*Кабилов К.М., Гуломов М.О., Гуламадишоева М.Н.,
Кахарова Х.Х., Шоев С.Ф.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д₃ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Определить эффективность терапии «Д-Калвитом» и пастилками «Деньвит Д3 иммуно» у больных с недостаточностью витамина Д (холекальциферол).

Материал и методы исследования. Для изучения структуры недостаточности витамина Д (холекальциферол) у больных с частыми вирусными инфекциями дыхательных путей было обследовано 36 пациентов в ГЦЗ №1 города Душанбе.

Для профилактики и лечения недостаточности витамина Д3 у вышеуказанных пациентов применялся препараты «Д-Калвит» и «Деньвит Д3 иммуно» курсовым приемом.

Результаты и их обсуждение. Было обследовано и проведено лечение 36 пациентов ГЦЗ №1 г. Душанбе. По результатам полученных данных лабораторных исследований у 33 пациентов (93%) имелся дефицит витамина Д (холекальциферол-25(ОН)Д3) в пределах 20-25 нг/мл. У 3 пациентов (7%) имелся дефицит в пределах 18-20 нг/мл.

Исследования показали, что после проведенного разового лечения дефицита вита-

мина Д3 препаратом «Д-Калвит» (1 мл per os) с последующим 10-дневным приемом пастилок «Деньвит Д3 иммуно» у пациентов значения содержания витамина Д (холекальциферол-25(ОН)Д3) в крови увеличились до показателей нормы - 30-40 нг/мл, что в последующем способствовало снижению частоты заболеваемости вирусными заболеваниями дыхательных путей. Такие пациенты нуждаются в периодическом определении уровня витамина Д в крови и по необходимости - в дополнительной терапии препаратом каждые 6 месяцев.

Заключение. Совершенствование качества диагностики, лечения и профилактики дефицита витамина Д3 в снижении частоты заболеваний органов дыхания и оценка эффективности с использованием препаратов витамина Д3 в виде инъекций и приема внутрь на уровне первичной медико-санитарной помощи в практике семейного врача имеет немаловажное значение, так как известна связь недостатка холекальциферола с учащением вирусных инфекций, в том числе дыхательных путей.

Касымова С.Д., Мирахмедова М.А., Абудл Розик Нисо

О ВЗАИМОСВЯЗИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ИХ ИНВАЛИДНОСТИ

Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить структуру инвалидности больных сахарным диабетом (СД) и оценить качество их диспансерного наблюдения.

Материал и методы исследования. С целью повышения эффективности медико-социальной экспертизы лиц с ограниченными возможностями больные СД региональными центрами здоровья направляются на осмотр главного специалиста отрасли. Нами изучено 290 амбулаторных карт вместе с выписками из историй болезни стационарных больных, имеющих инвалидность по СД, а также направляемых первично в Государственную службу медико-социальной экспертизы.

Результаты и их обсуждение. За последние два года на осмотр направлено 290 больных СД в возрасте от 18 до 73 лет, среди которых преобладали мужчины – 176

(60,7%) пациентов, женщин осмотрено 114 (39,3%). Возрастной состав пациентов был следующим: лица моложе 30 лет составили 22 (7,6%), 30-40 лет – 12 (4,1%), 40-60 лет – 154 (53,1%), 60-73 лет – 102 (35,2%). СД2 типа был диагностирован у 241 (83,1%), СД1 типа – у 49 (16,9%) пациентов. С длительностью диабета увеличивается и число направляемых на экспертизу больных. Так, мужчин при длительности диабета до 5 лет осмотрено 20 (11,3%) человек, в то время как при длительности диабета 5-15 лет имели показания для медико-социальной экспертизы 112 (63,6%) пациентов, а при длительности диабета свыше 15 лет этот показатель составил 44 (25,1%) пациента. Аналогичная картина наблюдалась и среди осмотренных женщин, у которых при длительности диабета 5-15 лет 73 (64%) пациентки имелись далеко зашедшие

стадии хронических осложнений СД, в связи с чем они и были направлены на осмотр. Следует отметить, что нередко анамнестически СД выявлен был задолго до того, как больные обратились в региональные центры здоровья для диспансерного наблюдения. Это говорит о том, что пациенты СД поздно обращаются за медицинской помощью или же лечатся у врачей по своему усмотрению, что отражается на статистической отчетности по СД. В частности, 12 осмотренных мужчин и 4 женщины с синдромом диабетической стопы и ампутированными пальцами стопы на диспансерный учёт были взяты за год до осмотра или непосредственно сразу после проведённой ампутации. Из 176 осмотренных мужчин 85 (48,3%) были признаны инвалидами, в том числе инвалидами 3-й группы – 23 (13%), 2-й группы – 61 (34,6%), 1-й группы – 1 (0,6%) человек. Среди 114 осмотренных женщин 44 (38,6%) были признаны инвалидами, в том числе 3-й группы – 16 (14%), 2-й группы – 27 (23,6%) и 1-й группы – 1 (0,9%). Из хронических осложнений наиболее часто

диагностирована диабетическая полинейропатия – 78,6%, затем диабетическая стопа – 33,1%, диабетическая ретинопатия – 38,9% и диабетическая нефропатия с явлениями почечной недостаточности – у 24,1% больных. Сочетанные осложнения СД наблюдались у 31,7% больных. Следует отметить, что в большинстве амбулаторных карт диспансерное наблюдение пациентов не соответствует клиническим протоколам. Во многих картах нет исследований гликированного гемоглобина, квалифицированного осмотра окулиста, невропатолога, кардиолога, своевременного перевода на инсулинотерапию для достижения приемлемой компенсации СД.

Заключение. Инвалидность у больных СД устанавливается чаще при длительности СД 5-15 лет. Необходимо перейти от поверхностной диспансеризации больных к диспансеризации согласно клиническим протоколам. Создание Государственного регистра СД будет способствовать своевременной регистрации пациентов СД и улучшит раннюю диагностику его осложнений.

Касимова С.Д.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить проявления постковидного синдрома у больных сахарным диабетом (СД) и оценить эффективность добавления к стандартной терапии СД препаратов, восстанавливавших эндотелиальную функцию («Тиворель» и «Тивортин» производства «Юрия-Фарм», Украина).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 25 больных СД 2 типа (1-я группа), перенесших коронавирусную инфекцию, и 22 пациента СД 2 типа (2-я группа), у которых СД 2 типа манифестировал во время Covid-19 или через 2-4 месяца после перенесенной инфекции. В 1-й группе пациентов в возрасте 44-66 лет (средний возраст $54,1 \pm 3,1$ года) длительность диабета составила $8 \pm 2,1$ года. У 15 (60%) пациентов этой группы диабету сопутствовала артериальная гипертензия, диабетическая полинейропатия имела у 16 (64%) больных, ангиопатия сетчатки смешанного генеза – у 9

(36%) больных. Во второй группе пациентов в возрасте 52-68 лет (средний возраст $58 \pm 3,4$ года) артериальная гипертензия встречалась у 9 (40,9%) человек.

Все больные получали пероральную сахароснижающую терапию из группы метформина и сульфонилмочевинных препаратов 3-го поколения. Всем пациентам было назначено внутривенное введение препарата «Тиворель» – 100 мл, содержащего 4,2 г аргинина и 2,0 г L-карнитина, всего 10 инфузий, затем пероральный приём препарата «Тивортин» по 5 мл 3 раза в день в течение 10 дней. Оценивали показатели углеводного и липидного обмена, уровень гликированного гемоглобина до и после проведенной терапии.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты обращались в стадии декомпенсации заболевания, о чём свидетельствовали характерные жалобы и высокий уровень гликированного гемоглобина – $9,9 \pm 2,2\%$ в 1-й группе

и $8,9 \pm 1,2\%$ - во 2-й группе. У всех пациентов имелся выраженный астенический синдром, который существенно влиял на качество жизни пациентов. Астенизация проявлялась быстрой утомляемостью, эмоциональной лабильностью, слезливостью, расстройством памяти и сна, постоянным ощущением тревоги, страха, печали, снижением работоспособности, прогрессированием проявлений диабетической полинейропатии. У больных с артериальной гипертензией участились головные боли, головокружения, приступы стенокардии.

Для достижения приемлемого уровня гликемии 6 больных 1-й группы и 4 больных 2-й группы были переведены на комбинированную с инсулином сахароснижающую терапию, 3 больных 1-й группы полностью переведены на инсулинотерапию. Через 3 месяца после проведенной терапии отмечена положительная динамика липидного

спектра крови. В обеих группах отмечалась тенденция к улучшению гликированного гемоглобина - в 1-й группе до $8,6 \pm 0,3\%$ и во 2-й группе - до $7,8 \pm 0,9\%$. Отмечено также достоверное снижение среднего систолического и диастолического артериального давления у больных СД 2 типа с артериальной гипертензией. Субъективно больные гораздо реже отмечали головокружение, головные боли, снижались утомляемость и эмоциональная лабильность.

Заключение. Постковидный синдром может проявиться как у больных с длительным СД, так и у пациентов с вновь диагностированным заболеванием. Рациональное использование сахароснижающих препаратов способствует достижению приемлемого уровня компенсации СД. Применение эндотелипротективных препаратов «Тиворель» и «Тивортин» благоприятно влияет на течение постковидного синдрома.

¹Касымова З.Н., ²Шукурова Ш.Дж.,

³Якубова М.А., ³Хасанзода Ф.А.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ И НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

¹Курс акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Согдийская областная клиническая больница

³Худжандский городской родильный дом

Цель исследования. Провести анализ акушерских и перинатальных осложнений у беременных, перенесших ОРВИ и коронавирусную инфекцию, по городу Худжанд Согдийской области

Материал и методы исследования. Нами изучены 40 историй болезни и родов беременных, из которых I группу составили 20 беременных, перенёсших ОРВИ, за весь период 2019 г. по Худжандскому городскому родильному дому (ретроспективный анализ) - контрольная группа. В группу сравнения вошли 20 беременных с подтвержденной коронавирусной инфекцией, госпитализированных в Согдийскую областную клиническую больницу во второй половине 2020 г. Компьютерный анализ проведен с использованием статистической обработки по Стьюденту ($M \pm m$).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст в анализированных группах не от-

личался и составил $31,1 \pm 1,0$ и $35,4 \pm 0,6$ лет ($p < 0,05$) соответственно. Среди городских и сельских женщин достоверных различий не отмечалось. По паритету первородящих в первой группе было 1,5 раза больше, чем во второй ($50,8 \pm 4,5\%$ и $24,5 \pm 5,7\%$ соответственно) ($p < 0,05$). Срок беременности, при котором беременные госпитализированы с ОРВИ, не имел характерных особенностей, в отличие от второй группы, где 80% женщин заболело во второй половине (26-37 недель) беременности. При госпитализации в стационар состояние большинства женщин в первой группе оценено как относительно удовлетворительное - $85,8 \pm 4,5\%$ ($p < 0,05$). Во второй группе госпитализированных в тяжелом состоянии было больше, чем в первой - $90 \pm 8,1\%$ и $14,2 \pm 1,8\%$ соответственно ($p < 0,05$). При этом сатурация кислорода (SpO_2) у 80% беременных II группы была ниже 94%.

Основные жалобы при поступлении в обеих группах соответствовали признакам острой вирусной инфекции. Для женщин второй группы характерные признаки COVID-19: повышение температуры выше 38°C , затруднение дыхания, ощущение заложенности в грудной клетке, нехватки воздуха, боли в горле, миалгия - отмечались у всех. Потеря обоняния, изменение вкуса, диарея наблюдались у каждой третьей больной. При компьютерной томографии у $95,8 \pm 8,6\%$ ($p < 0,05$) беременных второй группы обнаружены характерные признаки COVID-19 со стороны легких. Со стороны клинических анализов: в обеих группах анемия наблюдалась у каждой второй, высокий лейкоцитоз у беременных второй группы в 2 раза больше ($56,6 \pm 1,8\%$ и $28,9 \pm 8,9\%$ соответственно, $p < 0,05$), чем в первой, ускорение СОЭ наблюдалось у всех беременных II группы. У каждой второй беременной II группы в начале госпитализации отмечалась гиперкоагуляция без признаков потребления и ДВС-синдрома. ДВС-синдром развился у 5 (20%) женщин на поздних стадиях заболевания.

Исходы беременности в первой группе закончились в 11 случаях самостоятельными родами в срок, в остальных случаях беременные выписаны с выздоровлением домой в удовлетворительном состоянии. Во

II группе частота преждевременных родов значимо выше - $78,8 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$), чем в I группе. Роды во II группе в 5 (20%) случаях закончились операцией кесарева сечения. Показаниями к операции явились: тяжелая прогрессирующая дыхательная недостаточность, альвеолярный отек легких и ОРДС. Во II группе в 15 случаях роды завершились через естественные родовые пути. У каждой третьей женщин роды были преждевременными. Материнская смертность наблюдалась у 1 беременной в срок 28 недель во II группе из-за ТЭЛА, в I группе исходы для матерей были благоприятны. В 4 случаях наблюдалась ранняя неонатальная смертность, по одному случаю ante- и интранатальной смертности. У 5 новорожденных наблюдалась клиника внутриутробной пневмонии. В I группе перинатальных потерь не отмечалось, в 2-х случаях отмечалась внутриутробная пневмония.

Заключение. Таким образом, острые вирусные инфекции влияют на течение беременности, но доля коронавируса является значимой. Тяжелое течение новой коронавирусной инфекции влечет за собой высокий риск преждевременных родов, повышает частоту родоразрещений путём кесарева сечения и тем самым обеспечивает высокую долю акушерских и перинатальных осложнений.

Мирзабекова Б.Т., Саидова Х.О., Мухамадиева С.М., Истамова Г.Д.

ЧАСТОТА, ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА СРЕДИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить частоту, динамику и структуру врожденных пороков развития плода (ВПР) среди недоношенных новорожденных.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились ежегодные статистические данные формы 32 «Отчет по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным», утвержденной Агентством по статистике при Президенте Республики Таджикистан №54 от 11 ноября 2014 года, за 2014-2018 годы.

Статистическая обработка проведена с использованием программы Microsoft Excel ($M \pm m$, t-критерий Стьюдента). Различия между сравниваемыми величинами признавались достоверными при $p < 0.05$.

Результаты исследования. Установлено, что ВПР плода чаще наблюдались среди недоношенных новорожденных. За анализируемый период этот показатель в 2014 году составлял $1,2 \pm 2,3\%$, в 2015 и 2017 годах он увеличился почти в 2,5 раза ($2,8 \pm 4,6\%$ и $2,7 \pm 3,2\%$ соответственно, $p > 0,05$), в 2018 году отмечается тенденция к уменьшению данной пато-

логии, составляя при этом $1,1 \pm 6,8\%$ ($p > 0,05$). Анализ показал, что за анализируемый период в структуре ВПР у недоношенных новорожденных преобладали аномалии развития центральной нервной системы, имеющие тенденцию к увеличению: в 2014 году этот показатель составлял $29,2 \pm 1,4\%$, в 2015 – $38,3 \pm 0,9\%$, в 2016 – $50,4 \pm 1,5\%$, в 2017 – $57,9 \pm 0,8\%$, а в 2018 году отмечено снижение этих случаев, по сравнению с предыдущим годом, в 1,5 раза ($37,7 \pm 1,4\%$, $p < 0,01$). Наряду с этим пороки сердечно-сосудистой системы имеют неустойчивые показатели, в 2014 году они наблюдались у $20,8 \pm 0,8\%$ новорожденных, в 2015 – у $37,7 \pm 1,7\%$, в 2016 – у $22,9 \pm 1,2\%$, в 2017 – у $18,7 \pm 1,8\%$, в 2018 – у $24,8 \pm 2,3\%$ ($p > 0,05$). Следует указать, что частота пороков желудочно-кишечного тракта варьировала: в 2014 и 2017 годах данная патология установлена у $8,5 \pm 2,1\%$ и $8,8 \pm 1,4\%$ случаев соответственно, в 2015 году они наблюдались у $11,6 \pm 1,7\%$,

тогда как к 2018 году данный показатель увеличился в 1,5 раза ($8,8 \pm 1,4\%$ и $13,5 \pm 2,3\%$ соответственно, $p < 0,01$). Частота множественных пороков развития плода возросла в 2018 году до $27,3 \pm 0,8\%$, по сравнению с 2014 годом, в 2 раза ($13,8 \pm 2,3\%$, $p < 0,05$). Пороки развития костно-мышечной системы (КМС) также имеют неустойчивую тенденцию: с 2014 года они уменьшились с $13,7 \pm 0,98\%$ до $2,5 \pm 0,98\%$, при этом в 2018 отмечено увеличение этого показателя до $12,8 \pm 1,48\%$.

Заключение. Установлена высокая частота врожденных пороков развития плода среди недоношенных новорожденных, имеющая неустойчивую тенденцию к снижению. В структуре пороков развития лидирующими являются поражения центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. Проведение перинатального скрининга позволит своевременно выявить ВПР плода, снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

¹Мирзоев А.С., ²Хакимова М.М.

ОБРАЩЕНИЕ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) В НЕКОТОРЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²ГУ «Таджикский институт профилактической медицины» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить и оценить уровень знаний по обращению с медицинскими отходами в период пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) медицинских работников, а также условиями сбора, сортировки, транспортировки и утилизации медицинских отходов.

Материал и методы исследования. Отчеты о проведенных тренингах среди медицинских работников (заместителей главных врачей по административно-хозяйственным части, ответственных врачей, старших медсестр, среднего и младшего медицинского персонала), тестирование участников до и после тренинга и отчеты состояния сбора, сортировки, транспортировки и утилизация медицинских отходов учреждений.

Результаты и их обсуждение. В медицинских учреждениях: Национальный республиканский медицинский центр “Ши-

фобахш”, Государственный медицинский центр “Истиклол”, Государственный медицинский центр №1 им. К. Ахмедова города Душанбе, Гордская клиническая инфекционная больница и Городская инфекционная детская больница города Душанбе назначен ответственный персонал по контролю за сбором, сортировкой, транспортировкой и удалением медицинских отходов. В отделениях за своевременный сбор и удаление медицинских отходов отвечает старшая медицинская сестра.

Уровень знаний персонала, который занимается сбором, сортировкой и утилизацией отходов до проведения тренинга на тему: “Обращение с медицинскими отходами в условиях пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19)” варьировал от 28,2% до 44,0%. При опросе задавались вопросы относительно места образования отходов, кла-

сификации и цветовой окраски контейнеров для сбора, хранения и утилизации отходов. После тренинга уровень знаний персонала повысился от 67,8% до 95,5%. Высокий уровень знаний медицинского персонала был получено по вопросам сбора, хранения и утилизации медицинских отходов классов Б и В. В инфекционных стационарах использовали контейнеры для медицинских отходов класса А.

Повсеместно наблюдалась утилизация медицинских отходов путем сжигания. Во многих учреждениях установлены печи-инсинераторы, в которых производят сжигание медицинских отходов. Следует отметить, что эти печи не набирают нужной температуры для сжигания медицинских отходов и в большинстве случаев продукты сгорания наносят больший вред окружающей среде, чем сами отходы. Сжиганию, в основном, подлежат такие отходы, как одноразовые шприцы, иглы, катетеры и различные пластиковые емкости. Конечный продукт (зола) не всегда правильно утилизируется, то есть не упаковывается в отдельную тару для транспортировки и захоронения на мусорных полигонах. При сжигании шприцев вместе с остатками продуктов сгорания сохраняются иглы, т.к. температура сжигания в печи не позволяет им полностью разрушиться. Для полного разрушения металлической части иглы и недопущения образования диоксида и фурана необходимо использовать двухкамерные печи (инсинераторы) горячего сжигания, в которых температура достигает до 850°C, время контакта образовавшейся парогазовой смеси 2 секунды.

Некоторые медицинские учреждения (Городская клиническая инфекционная больница) планируют постепенно отказаться от утилизации медицинских отходов классов Б и В на территории своих учреждений. Более безопасным и эффективным считается заключение договоров с компаниями,

которые профессионально занимаются этим вопросом. Альтернативным методом утилизации медицинских отходов на территории медучреждений является использование безопасной обработки отходов и доведение их до безопасного состояния. В качестве метода можно использовать химическую обработку, автоклавирование и микроволновое воздействие на отходы.

Во время пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) создавались дополнительные трудности с потоком медицинских отходов, относящихся к классам Б и В. По отношению одноразовых средств индивидуальной защиты (СИЗ), в отдельных случаях было применено предварительное обеззараживание хлорсодержащими препаратами до утилизации, в последующем был отказ от обеззараживания. Срок использования СИЗ в начале пандемии из-за нехватки ресурсов не соблюдался, персонал мог использовать их в течение нескольких дней. Также особое обращение имелось с трупами больных, скончавшихся от COVID-19. Были применены трехслойные пластиковые пленки и большое количество хлорсодержащих препаратов. В последующем, используя рекомендации ВОЗ "Профилактика и контроль инфекций для безопасного обращения с трупами в контексте COVID-19" эти меры были отменены.

Заключение. Медицинские отходы остаются источниками риска заражения для медицинского и немедицинского персонала. Уровень знаний персонала о сортировке, хранении и утилизации медицинских отходов требует постоянного повышения. При утилизации отходов, в основном, используется сжигание, которое увеличивает риск образования диоксида и фурана. Медицинским учреждениям необходимо изыскать альтернативные методы утилизации медицинских отходов, кроме сжигания, например, автоклавирование паром при высоком давлении.

¹Муниева С.Х., ²Ахунова Н.Т., ³Шарипов А.А.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС ПРИ COVID-19 (ПО ДАННЫМ КОЛЛ-ЦЕНТРА 311)

¹Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра терапии с курсом ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

³Кафедра инфекционных болезней ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Анализ звонков в колл-центр 311 относительно нервных и психоэмоциональных расстройств.

Материал и методы исследования. Колл-центром 311 за период май-июнь и август-октябрь 2020 года было принято более 100 000 звонков от абонентов по всей Республике.

Результаты и их обсуждение. При анализе работы сотрудников колл-центра 311 в течение пандемии COVID-19 за периоды май-июнь и август-октябрь месяцы 2020 года выявлен широкий спектр психологических проблем у населения. Работа операторов колл-центра, а это были специалисты различных областей медицины, показала, насколько население подвержено тревожным дисстрессам. В мае месяце 2020 года основные вопросы касались диагностики, лечения и профилактики заболевания. Причем психологическому стрессу были подвержены лица независимо от возраста, пола, образования. Также большинство звонков касалось жалоб на качество медицинских услуг, на медицинских работников, на отсутствие помощи от государства. В июне месяце, когда количество больных стало уменьшаться, среди населения появилось множество вопросов относительно стигматизации людей с заболеваниями верхних дыхательных путей, профилактики передачи COVID-19 при половых контактах, продолжительности карантина и экономических моментов. Причем увеличилось количество звонков от одних и тех же абонентов, которые после перенесенного инфекционного процесса не могли вернуть себя в обычный ритм жизни. Это связано с чрезвычайно сильным информационным давлением, оказываемом в разнообразных формах: различные публикации, интернет, прогнозы, комментарии, новые недостоверные данные и так далее.

Такое воздействие на психику очень травматично для любого человека, а, особенно, на психику лиц, перенесших данное заболевание. В конце лета и начале осени изменилась тенденция звонков, и теперь, в основном, затрагивались вопросы «второй волны» эпидемии: люди интересовались заболеваемостью среди детей и введением карантина, а также продолжались звонки от абонентов, перенесших инфекцию и нуждающихся в коррекции стрессовых изменений в психике. В большинстве случаев среди жалоб отмечались нарушение памяти, быстрая утомляемость, аффективные симптомы, связанные с повышенной эмоциональной возбудимостью, агрессией, раздражительностью либо подавленностью, апатией и депрессией. Психоэмоциональные дисфункции также отмечались среди медицинских работников, которым пришлось работать в усиленном режиме, среди лиц с агрессивным поведением, в условиях повышенного стресса и тревожности. На фоне нервного истощения, среди лиц, перенесших инфекцию и воздействие вируса непосредственно на деятельность центральной нервной системы, отмечались соматогенные и органические расстройства эмоций, сознания.

Заключение. Таким образом, широкие слои населения нуждаются в коррекции дисстрессовых опасений на фоне пандемии COVID-19. В условиях пандемии происходит существенное ухудшение психического здоровья населения, в наибольшей мере у тех, кто перенес коронавирусную инфекцию — заболевших, а также медицинских работников, участвующих в борьбе с вирусом. Способность каждого индивидуально справляться со стрессом учитывает уровень здоровья человека, уровень социальной тревоги и психологические особенности личности.

Мухамадиева С.М., Истамова Г.Д., Пулатова А.П., Мардонова С.М.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

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

Цель исследования. Представить медико-социальную характеристику беременных с пороками сердца и разработать предложения по улучшению акушерской помощи для этой категории пациенток.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 70 беременных с пороками сердца (ПС), родоразрешенных в ГУ «ТНИИ АГиП» МЗиСЗН РТ. По специально разработанной анкете проведен ретроспективный анализ родов за 2019-2020 годы. Анкета включала блоки, отражающие социально-гигиенические факторы, генетический, репродуктивный и гинекологический анамнез, данные обследования сердечно-сосудистой системы во время настоящей беременности, а также другую соматическую патологию, сроки постановки на диспансерный учет по беременности, особенности течения данной беременности и исходы родов, состояние новорожденного. В работе использована классификация МКБ 10 пересмотра (1999 г.). Статистическая обработка проведена с использованием компьютерных технологий.

Результаты и их обсуждение. У беременных установлены типы ПС: врожденные (ВПС) - 52%, сочетанные - 38%, приобретенные - 10%. В структуре ВПС дефекты межпредсердной перегородки (ДМПП) составляли 27%, межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - 19,2%, открытый аортальный порок - 11,5%, стенозы - 19,2%, недостаточность клапанов - 11,5%, аневризмы - 11,5%. Среди приобретенных пороков - все с пролапсом митрального клапана (100%). Оперированное сердце имели 6% женщин с ВПС по поводу дефекта межпредсердной перегородки, стеноза легочной артерии недостаточности митрального клапана.

Большинство женщин с ПС были сельскими жительницами (88%), из них из районов республиканского подчинения - 70,5%, Хатлонской области - 25%, Согдийской - 4,4%. Среди обследованных домохозяйки составляли 84%, имели среднее незаконченное образование 69,8%, низкий социальный статус - 75,6%. Практически все пациентки имели сопутствующую экстрагенитальную патологию. Каждая четвертая (25%) страдала анемией различной степени, каждая пятая (20%) - заболеваниями почек, ожирение имело место в 12% случаев, дефицит массы тела - в 4%, йоддефицитные состояния - в 6%, заболевания органов дыхания - в 4%, ревматоидный артрит - в 4%, варикозную болезнь - в 2%, сахарный диабет - в 1%, коронавирусную

инфекцию перенесли 4%. Гинекологические заболевания в прошлом имели 48% женщин, при этом бесплодием страдали 25%, заболеваниями шейки матки - 8,3%, миома матки диагностирована в 4,1% случаев. Отягощенный акушерский анамнез имели 82% беременных: самопроизвольные выкидыши - 36,5%, неразвивающуюся беременность - 9,7%, мертворождение - 7,3%, домашние роды - 7,3%, преждевременные роды - 2,4%, медикаментозный аборт произведен в 4,8% случаев. Из паритета родов установлено, что каждая вторая (50%) являлась повторнородящей, первобеременные составляли 26%, первородящие - 12%, многорожавшие (> 4 родов) - 12%.

Анализ медицинской документации показал, что состояли на учете у акушера-гинеколога 82% беременных, посещали врача до 4 визитов 34,1%, более 4 визитов - 65,8%. В амбулаторных условиях консультированы кардиологом и кардиохирургом 70% женщин, из которых только кардиологом - 60%, кардиохирургом - 40%, эхокардиография произведена 84% беременным. В клинике ТНИИ АГиП кардиохирургом осмотрены все беременные, эхокардиография произведена в 12% случаев.

В 83,7% случаев роды произошли в срок (38-40 недель), в 16,3% - преждевременно (34-36 недель). Через естественные родовые пути роды произошли в 10% случаев, кесарево сечение произведено в 90%, при этом в 78,6% - по показаниям со стороны сердечно-сосудистой системы. Перинатальные исходы были следующими. Доношенными (массой 2500-2999 г) родились 34,8% детей, 3000-3999 г - 49%, более 4000 г - 2%. Массой 5000-999 г родились 4% младенцев, 1000 - 1499 г - 7,2%, 1500-2499 г - 4%. Среди недоношенных новорожденных (14,2%) живыми родились 57,1%, перинатальная смертность установлена в 42,9% случаев (антенатальная гибель - 14%, интранатальная - 14,2%, ранняя неонатальная смертность - 14,7%).

Заключение. Медико-социальная характеристика беременных с ПС представлена женщинами активного репродуктивного возраста с низким социальным статусом, повторнородящими и первобеременными с врожденными и сочетанными пороками сердца, отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом, высокой частотой экстрагенитальной патологии. Для улучшения качества акушерской помощи целесообразно разработать алгоритм ведения женщин с ПС на этапе

прегравидарной подготовки, включающий профилактическое лечение, комплексное наблюдение в Центрах репродуктивного здоровья совместно с врачами-специали-

стами: кардиологом, сердечно-сосудистым хирургом, генетиком, терапевтом, а также оказание акушерской помощи в специализированном стационаре.

¹Навджуванов И.М., ²Табаров А.И., ¹Касирова Г.С., ²Нарзуллаева А.Р.

УВЕЛИЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ОСТРЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ И ОМОЛОЖЕНИЕ КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

¹ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

²Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Проанализировать частоту госпитализаций острых коронарных событий и возраст поступивших в отделение реанимации ГУ РКЦК до пандемии COVID-19 и в постковидном периоде.

Материал и методы исследования. Был проведен сравнительный анализ госпитализаций лиц с острыми коронарными событиями за период январь-март 2020 года с показателями госпитализаций за тот же период 2021 года. Учитывались возраст и тяжесть острого коронарного события.

Результаты и их обсуждение. Количество госпитализаций за 3 месяца 2020 года с сердечно-сосудистыми заболеваниями составило 194 больных. По структуре заболеваемости в допандемическом периоде количество госпитализированных больных с инфарктом миокарда (ИМ) составило 81 (41,7%), острым коронарным синдромом (ОКС) – 32 (16,49%), стабильной стенокардией – 28 (14,4%), постинфарктным кардиосклерозом – 27 (13,91%), артериальной гипертензией (АГ) – 17 (8,76%), тромбоэмболическим синдромом – 3 (1,15%), кардиопатией – 4 (2,39%), ревматическим пороком – 1 (0,66%), врожденным пороком сердца (ВПС) – 1 (0,66%).

Распределение по возрастным категориям поступивших больных было следующим: до 44 лет – 5 (2,5%), 45-59 лет – 70 (36,08%), 60-74 лет – 84 (43,2%), 75-90 лет – 35 (18,22%).

При ретроспективном анализе аналогичных показателей в 2021 году (постковидный период) выявлено, что количество госпитализаций с сердечно-сосудистыми заболеваниями за 3 месяца составило 192 больных. По структуре заболеваемости в постковидном периоде распределение больных было

следующим: с инфарктом миокарда – 88 (45,8%), острым коронарным синдромом – 38 (19,7%), стабильной стенокардией – 19 (9,8%), постинфарктным кардиосклерозом – 27 (14,33%), артериальной гипертензией (АГ) – 8 (4,13%), тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) – 2 (1,04%), кардиопатией – 7 (3,64%), ревматическими пороками – 2 (1,04%), миокардитом – 1 (0,52%).

По возрасту больные распределились: до 44 лет – 11 (5,7%), 45-59 лет – 93 (48,4%), 60-74 года – 75 (39,1%), 75-90 лет – 13 (6,74%).

Заключение. Проведенный сравнительный анализ количества госпитализаций до эпидемиологического периода 2020 года с аналогичным «постковидным» периодом 2021 года показал, что общее количество госпитализаций остается почти без изменений (194:192 соответственно), однако отмечается увеличение количества больных с острыми коронарными событиями в постковидном периоде: 126 (65,6%) больных в 2021 году против 113 (58,2%) больных в 2020 году. Также обращает на себя внимание увеличение пациентов молодого и среднего возраста в постковидном периоде (2021 г.) – 104 (54,16%) госпитализации против 75 (38,7%) госпитализаций (2020 г.). Соответственно отмечается изменение количества госпитализаций пациентов пожилого и старческого возраста в сторону уменьшения в 2021 году – 88 (45,84%) против 119 (61,3%) в 2020 году. Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии коронавирусной инфекции на частоту острых коронарных событий, доказывают тромбогенную теорию возникновения осложнений не только у лиц пожилого и старческого возраста, как было продемон-

стрировано в других исследованиях, но и у пациентов молодого и среднего возраста. Учитывая, что основной урон от коронавирусной инфекции, по данным нашего исследования, касается лиц трудоспособного

возраста, необходимо усовершенствовать рекомендации по профилактике осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и продолжить исследования в этом направлении.

^{1,2}Назарзода Х.Н., ^{1,2}Раджабзода М.М.

ДИНАМИКА РОСТА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

¹ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Хатлонская областная клиническая больница имени Б.Вохидова, г. Бохтар, Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и оказания до- и госпитальной медицинской помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой при ДТП.

Материал и методы исследования. На основании проведенного анализа результатов диагностики и лечения установлено, что в отделении травматологии и ортопедии Областной клинической больницы им. Б. Вохидова города Бохтара (Курган-Тюбе) за период 2012-2020 гг. находились 2120 больных с травмами. Большинство - 1234 (58,2%) -пострадавших получили травму в результате ДТП. У 706 (57,2%) из них травма носила сочетанный и множественный характер. При анализе оказания догоспитальной помощи установлено, что 1048 (49,4%) пациентов поступили в клинику самотеком, без оказания догоспитальной помощи. Всего 210 (10%) пострадавших доставлены по линии скорой медицинской помощи, из них лишь у 26 (12,3%) больных диагностированы сочетанные и множественные травмы нижних конечностей и оказана помощь на этапах медицинской эвакуации.

Результаты и их обсуждение. Для диагностики и оказания необходимой догоспитальной помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой мы предлагаем медицинскому персоналу догоспитального этапа особое внимание уделить правильной оценке тяжести состояния пострадавшего. Догоспитальная помощь пострадавшим с сочетанной и множественной травмой заключается в следующем:

1) обезболивание путем применения ненаркотических и наркотических анальгетиков, асептические повязки на раны;

2) иммобилизующее положение пострадавшего на щите и носилках для транспортировки;

3) введение сердечных и дыхательных аналептиков (строфантин, коргликон, кордиамин);

4) инфузионная терапия при признаках острой кровопотери или травматического шока;

5) скорейшая транспортировка в ближайший стационар.

Нами накоплен некоторый опыт организации и тактики. Врач, принимающий больного, на основании первичного осмотра осуществляет первичную сортировку по одному из трех вариантов.

Вариант 1. Срочная транспортировка в операционную. Показания: наружное кровотечение при наличии ран в проекции крупных сосудов, отчленение и размозжение конечностей, симптомы массивной кровопотери при внутреннем кровотечении, раны груди опасной локализации и признаки тампонады сердца.

Одновременно привлекаются профильные специалисты для проведения этапов оперативного лечения.

Вариант 2. Транспортировка в реанимационный зал. Показания: низкие и неустойчивые показатели гемодинамики и внешнего дыхания, отсутствие сознания.

Диагностический процесс осуществляется по принципу «общего зала» консилиумом врачей. При сочетанной травме определяется объем основных и дополнительных диагностических мероприятий. Формируются показания к неотложным оперативным вмешательствам, планируется последовательность и объем операций, манипуляций

и консервативных мероприятий. Определяется профиль отделения.

Вариант 3. При стабильном состоянии пациента проводится обследование в приемном отделении с привлечением специалистов необходимого профиля и пациент госпитализируется в профильное отделение.

Срочные операции производятся в течение 2–6 часов специалистами профильных служб. Отсроченные операции выполняются по стабилизации состояния пациента на 10–14 сутки. Основными принципами оперативного лечения повреждений костей являются: прочная функциональная фиксация, максимальная безопасность по осложнениям, возможность замены метода фиксации при возникших осложнениях, минимальная травматичность, восстановление анатомии и физиологии поврежденных сегментов. В последние 10 лет мы при переломах длинных костей конечностей в основном применяем закрытый остеосинтез блокирующими стержнями фирмы Scht, Польша.

Основным преимуществом блокируемого остеосинтеза является малая инвазивность, т.е. при применении блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза репозиция достигается закрытым методом, затем

небольшими разрезами, до 2 см, в вертельной области бедренной или бугристости большеберцовой костей после рассверливания костномозгового канала вводится стержень и дополнительно через разрезы по 1 см фиксируется 2-3 винтами. При блокирующем остеосинтезе достигается стабильная фиксация костных отломков, поэтому не требуется дополнительной внешней фиксации, а больные рано начинают разработку движений в суставах и ходьбу с умеренной нагрузкой.

Заключение. Таким образом, при оказании неотложной помощи пациентам с сочетанной и множественной травмой на фоне ДТП представляется оправданным следующее:

усиление кадрового и материально-технического потенциала районных больниц, расположенных на автомагистралях;

совершенствование диагностических и лечебных алгоритмов, подготовка кадров, регулярное обсуждение тактических установок, их возможная коррекция;

широкое применение во всех лечебных учреждениях области при переломах длинных костей методики закрытого блокирующего остеосинтеза стержнями.

¹Нарзуллаева А.Р., ²Иззатов Х.Н.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНСУЛЬТА НА ПРИМЕРЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГМЦ ИМ. К.Ю. АХМЕДОВА

¹Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить экономическую эффективность профилактических мер, направленных на снижение влияния поведенческих и биологических факторов риска развития инсультов среди населения, обслуживаемого ГМЦ им. К.Ю. Ахмедова.

Материал и методы исследования. На основании данных неврологического отделения ГМЦ им. К.Ю. Ахмедова о поступивших больных экономически активного взрослого возраста (20-72 года) за период 2019-2020 гг. с инсультами нами был проведен клинко-экономический анализ проводимых профилактических вмешательств. Так как в 2019 году поступило всего 248 больных

с инсультами, из них 150 больных были в так называемом экономически активном возрасте, а в 2020 - 151 и 104 больных, соответственно все расчеты были проведены только для лиц этого возраста. Сотрудниками неврологического отделения, кафедры неврологии и медицинской генетики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», семейными врачами и средним медицинским персоналом поликлиник №№ 1 и 7 была проведена профилактическая программа, включающая образовательные и разъяснительные мероприятия в отношении поведенческих факторов риска и коррекция

метаболических факторов риска. Данные мероприятия проводились на протяжении периода 2017-2020 гг. Однако на этом фоне в 2018 отмечался пик поступлений больных с инсультами, незначительный его спад в 2019 и значительное уменьшение в 2020 году, что нами было расценено как положительное влияние профилактических программ: так, в 2017 году поступило 139 больных с инсультом, в 2018 – 263, в 2019 – 248, и в 2020 – 151.

Нами была рассчитана стоимость болезни для поступивших больных в 2019 и 2020 годах.

Для расчетов использовалась формула:

$$COI = DC + IC$$

где: COI - показатель стоимости болезни;
DC - прямые затраты; IC - не прямые затраты.

Прямые затраты включают затраты на госпитализацию, амбулаторную помощь, неотложную помощь, затраты на медикаменты:

$$DC = Hc + Ac + ACc + Mc$$

Непрямые затраты включают затраты/экономические потери в связи с преждевременной смертностью и инвалидностью

$$PDc = YLs * Cy$$

$$Dc = YLs * Cy$$

$$\text{или } ID = DALY * Cy$$

Потери в связи с преждевременной смертностью рассчитываются на основании потерянных лет жизни (YVL years of life lost) до ожидаемой продолжительности жизни в стране или другого возрастного лимита (по методологии Международной организации труда используется экономически активный возраст взрослого населения 20 - 72 года), умноженный на стоимость года жизни (например, ВВП на душу населения)

Учитывая локальность исследования (популяция, обслуживаемая ГМЦ им К.Ю. Ахмедова), в дизайне не были использованы показатели, отражающие широкую масштабность вмешательства, такие как DALYs, YVLs, ВВП на душу населения, в этой связи нам пришлось несколько модифицировать общепринятую методику в рамках рекомендаций по КЭА. Кроме того, затраты на ведение инсульта со стороны как государства, так и со стороны населения были объединены, поскольку от дифференцировать их было очень сложно, в связи с тем, что этот анализ проводился ретроспективно, и отследить, на каком этапе несло расходы только государство или только население, не представилось возможным.

Для расчета прямых затрат на лечение инсульта нами были учтены следующие показатели: затраты на госпитальное лечение, на неотложную помощь, амбулаторное лечение.

Госпитальные затраты складывались из оплаты труда врачей, среднего медицинского персонала, расходов на медикаментозную терапию (стандарт оказания помощи: гипотензивная терапия, цитоколин, антиагреганты, нейропротекторы), лабораторные методы исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, общий белок, глюкоза крови, липидный спектр, креатинин и мочевины, печеночные ферменты и билирубин, система свертывания крови), компьютерная или магнитно-резонансная томография, обследование глазного дна, доплер-ультразвуковое сканирование брахиоцефальных артерий, электроэнцефалограмма.

Подсчет затрат на амбулаторную помощь был несколько упрощен и складывался из показателей затрат, исчисляемых на 2 часа наблюдения со стороны семейного врача или невропатолога, семейной медицинской сестры, без учета амортизационных расходов, в течение 1-го года по усредненным показателям наблюдения такой категории больных: после выписки из неврологического отделения в первый месяц 1 раз в 10 дней, 2-й месяц - 1 раз в 2 недели, затем 1 раз в месяц и на протяжении последующих 10-ти месяцев - 1 раз в месяц. 2-часовое наблюдение учитывало также не только непосредственный контакт медицинского персонала, но и время, затраченное им на расстояние, преодолеваемое при подворовом обходе.

Что касается неотложной помощи, то были учтены только транспортные расходы и оплата труда медицинского персонала, обслуживающего карету скорой помощи, для каждого пациента.

Сложнее была выполнена задача подсчета непрямых затрат, которые в идеале должны были складываться из показателей затрат за период отсутствия пациента на его рабочем месте из-за болезни или выхода на инвалидность; "стоимость" времени отсутствия на работе членов его семьи или друзей, связанные с его болезнью; экономических потери от снижения производительности на месте работы. Показатель экономических потерь от снижения производительности на месте работы нами не учитывался в связи с разношерстностью профессиональной принадлежности обследованных, также как показатель "стоимости" времени отсутствия на работе членов его семьи или друзей, свя-

занные с его болезнью, поскольку опять-таки в связи с тем, что наше исследование было ретроспективным, отследить, получали ли обследованные помощь со стороны близких и в каком объёме, не было возможным. В этой связи нами рассматривался лишь показатель затрат за период отсутствия пациента на его рабочем месте из-за болезни или выхода на инвалидность.

Таким образом, проводимый клинико-экономический анализ учитывал основные траты. Неучтенные показатели требуют дальнейшей детализации. Кроме того, необходимо также провести более обширный анализ вклада инсультов в экономическое бремя по всей республике, продемонстрировав этим выгоду так называемых «bestbay's» - профилактических мероприятий, направленных на борьбу с инсультом и его последствиями.

Для проведения сравнительного анализа нами были проанализированы данные поступивших больных с инсультом (геморрагическим или ишемическим) взрослого экономически активного возраста 20-72 лет за 2 года 2019 (150 больных) и 2020 (104 больных).

Результаты и их обсуждение. Нами были рассчитаны показатели прямых и непрямых

затрат на ведение пациентов, госпитализированных в неврологическое отделение ГМЦ им. К.Ю. Ахмедова в 2019 и 2020 годах. Как видно из таблицы, основной долей затрат, связанных с заболеваемостью инсультом, являются социальные выплаты, связанные с нетрудоспособностью, являющиеся непрямыми затратами, которые составляют более 2/3 всех трат, около 73%. Наименьший вклад составляют траты на неотложную догоспитальную помощь - 0,3%. Что касается трат, связанных только с госпитализацией больного, то доля от общих затрат составляет 25%, при этом в 2019 году было затрачено более 27 тыс. сомони, тогда как в 2020 – около 19 тыс. сомони. С другой стороны, даже по самым скромным подсчетам, на оказание как медицинской, так и социальной помощи больным с инсультом в год как со стороны государства, так и со стороны самого больного тратится, в среднем, 7 918 сом. Учитывая количество только больных экономически активного возраста (150 человек), поступивших в неврологическое отделение, в 2019 году было затрачено более миллиона сомони, сокращение поступивших больных на 46 человек в 2020 году сэкономило затраты более чем на 300 тысяч сомони.

*Клинико-экономический анализ инсульта
на примере неврологического отделения ГМЦ им. К.Ю. Ахмедова*

Прямые затраты				
	на 1 больного, сом	2019 n=150, сом	2020 n=104, сом	Δ n=46, сом
Затраты на госпитализацию	1996,8	299518,8	207666,4	91852,4
Затраты на амбулаторную помощь в течение 1-го календарного года	181,9	27298,08	18926,667	8371,41
Затраты на неотложную помощь	25,9	3897,436	2702,2222	1195,21
Итого	2 204,8	330714,4	229 295, 3	101 419,1
Непрямые затраты одного календарного года				
	на 1 больного, сом	2019 n=150, сом	2020 n=104, сом	Δ n=46, сом
Выплаты заработной платы за 3 мес.	2786,7 (2019г.) 2849,7 (2020г.)	418 005,0	296 368,8	121 636,2
Выплаты средней пенсии по нетрудоспособности в течение 9 мес.	2 894,7	434 200,5	301 045,7	113 154,8
Итого	5573,4-5744,4	852 205,5	597 414,5	254 791,0
Всего	7917,5	1182920,0	826709,8	356210,1

Заключение. Таким образом, нами была продемонстрирована эффективность профилактических программ по снижению влияния модифицированных факторов риска ССЗ и ЦВЗ, таких как неправильное питание, низкая физическая активность, употребление табака,

злоупотребление алкоголем, артериальная гипертензия, ожирение, дислипотеинемия, сахарный диабет, что привело к снижению количества поступивших пациентов в неврологическое отделение и экономии средств в объеме 30% (более 356 тыс.сомони).

Нарзуллаева А.Р., Мусоева З.Б., Халилова Д.Р., Курбонзода С.Н.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение эффективности информирования больных о факторах риска (ФР) артериальной гипертензии (АГ), немедикаментозном (НМЛ) и медикаментозном лечении (МЛ) посредством проведения занятий «Школы здоровья» (ШЗ) в условиях стационара.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 104 больных с АГ в возрасте от 33 до 79 лет. Средний возраст обследуемых составил $57,2 \pm 9,01$ лет. Из них мужчин было 48 (46,1%), женщин – 56 (53,8%), среди них 50,9% городских жителей – 50,9%, сельских – 49,1%. Длительность заболевания – $15,5 \pm 1,4$ лет.

Исследуемым в условиях стационара проводили образовательную программу с применением информационно-психологических методик, целью которых являлось формирование у пациентов посредством воздействия на их сознание определенных поведенческих установок в отношении НМЛ, повышение уровня информированности пациентов о своем заболевании, снижение уровня личностной и ситуативной тревожности, повышение комплаентности к лечению. Данная образовательная программа включала 6 занятий-семинаров по следующим темам: «Общее представление об сердечно-сосудистом заболевании» (в зависимости от ведущего заболевания, например, АГ, ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения или инфаркт миокарда), фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность), «Здоровое питание», «Физическая активность», «Употребление табака и алкоголя», «Психо-эмоциональное напряжение», «Медикаментозная терапия». Работа осуществлялась в малых группах, то

есть отдельно в каждой палате (количество больных в среднем 4 человека). В интерактивной форме с использованием таких методов активного обучения, как «вопрос – ответ», «мозговой штурм», дискуссия. Больным ежедневно проводилось по одному занятию, на каждом из которых демонстрировалась обучающая презентация по соответствующей тематике. По окончании цикла лекций проводилось анкетирование, по результатам которого изучались факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, а также оценивалась степень усвоенного ими материала.

Диагноз АГ верифицировался согласно классификации ВОЗ/МОАГ (1999). Критерии исключения: осложненное течение АГ, симптоматическая АГ, выраженная хроническая сердечная недостаточность. Больным АГ проводилось общеклиническое исследование, включающее сбор анамнеза и оценку объективных данных, лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением уровня общего холестерина, креатинина, билирубина, глюкозы крови), рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография. Больные после выписки из стационара наблюдались в консультативной поликлинике РКЦК, что позволяло проконтролировать их поведение в течение более длительного времени.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов анкетирования по изучению факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных АГ показал, что курили 40 (38,4%), употребляли алкоголь – 13 (12,5%), имели повышенный уровень психоэмоционального стресса – 56 (53,8%), низкую приверженность

к лечению – 78 (75,0%), вредные пищевые привычки (досаливание пищи, употребление фаст-фуда, колбасных и консервных изделий, сладкого и мучного) – 90 (86,5%) больных. Медико-социальная оценка семьи выявила, в официальном браке состояли 92 (88,5%), имели детей 102 (98,1%), высшее образование – 81 (77,9%) человек. По завершении занятий было проведено анкетирование по оценке знаний, приобретенных в ходе обучения. Анализ данных анкетирования показал, что в среднем усвояемость полученной информации (процентное соотношение правильных ответов) составила 90%. При проведении комплексной терапии с включением образовательной программы отмечалось повышение уровня навыков по самостоятельному измерению АД с 19,4% до 97,2%, повысилась заинтересованность в знаниях об уровне холестерина, увеличилась двигательная активность у 86,1% и число лиц, принимающих адекватную

антигипертензивную терапию, – с 20,8% до 100%. Применение обучающей программы на основе информационно-психологических методик оказало позитивное влияние на поведенческие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных АГ. Анализ одного из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний – отношения к курению – показал, что 7 больных (6,7%) с АГ после данной программы бросили курить.

Заключение. Таким образом, результаты исследования показали, что обучающая программа, основанная на информационно-психологических методиках, у больных АГ повышает комплаентность к лечению, особенно немедикаментозному, в условиях стационарного лечения. Такое вмешательство в дальнейшем гарантирует снижение уровня повторной госпитализации и сможет повысить экономическую эффективность лечения.

Нозиров Дж.Х., Нозиров А.Дж.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА, ВОЗРАСТА, НАЛИЧИЯ И СОЧЕТАНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ЦГБ г. Вахдата

Цель исследования. Изучить поло-возрастные особенности распространенности АГ в зависимости от наличия и частоты сочетания факторов риска (ФР) среди неорганизованной сельской популяции Таджикистана.

Материал и методы исследования. Скрининговым путем обследовано 16500 человек сельского населения в возрасте 15-59 лет. Опрос и анкетирование для выявления АГ и выяснения её ФР проводились по стандартной методике (опросник Роуза), включающей 5 адаптированных опросников (Вопросник 1 содержал паспортные данные, вид трудовой деятельности, характер питания, прием гипотензивных и др. препаратов; Вопросник 2 посвящался курению; Вопросник 3 – гиподинамии; Вопросник 4 – употреблению алкоголя; Вопросник 5 – уровень стресса).

Всем обследованным было проведено комплексное клиническое обследование

со сбором анамнеза. Также использованы: антропометрические, лабораторно-биохимические (анализ липидного спектра крови), функциональные и дополнительные (ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ и рентгенографические), статистические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Скрининговые обследования на АГ показали, что основную массу из общего числа обследованных составляли больные с I степенью АГ – 10,7±0,5% (мужчины – 10,8±0,7%, женщины – 10,5±0,6%). Со II степенью АГ обнаружено 7,8±0,4% больных, с III – 6,5±0,4%. Отмечено некоторое статистически незначимое преобладание женщин со II и III степенями АГ над мужчинами. Показатели половозрастного анализа выявленных с АГ лиц свидетельствуют о том, что во всех возрастных группах, за исключением возраста 25-34 лет, число женщин преобладало над числом мужчин. При этом значимое

половое различие в распространенности АГ отмечено в диапазоне 55-59 лет, где уровень АГ у женщин оказался на 14,2% выше, чем у мужчин ($p < 0,001$). АГ I степени чаще выявлялась у мужчин в возрасте 55-59 и 45-54 лет ($20,3 \pm 2,1\%$ и $17,8 \pm 2,3\%$ соответственно), а у женщин - в диапазонах 45-54, 55-59 ($17,8 \pm 1,9\%$ и $17,0 \pm 1,9\%$ соответственно) и 35-44 лет ($14,9 \pm 1,7\%$). АГ II степени также чаще выявлялась у лиц старших возрастных групп (в 55-59 лет - у $22,1 \pm 2,1\%$ женщин и $17,5 \pm 2,0\%$ мужчин, а в 45-54 года - у $16,3 \pm 1,8\%$ женщин и у $14,3 \pm 2,1\%$ мужчин) и коррелировала с возрастом. АГ III степени наиболее распространенной оказалась среди возрастного диапазона 55-59 лет ($32,3 \pm 2,4\%$ - среди женщин и $19,4 \pm 2,1\%$ - среди мужчин). При этом уровень женщин с АГ III степени превышал аналогичный показатель мужчин в 1,7 раза. Достоверное половозрастное различие получено в диапазонах 45-54 и 55-59 лет ($p < 0,005$).

Для уточнения факторов, способствующих развитию и прогрессированию АГ, нами осуществлены скрининговые исследования населения на наличие модифицируемых поведенческих ФР (избыточная масса тела и ожирение, табакокурение, употребление алкоголя, наличие ХПЭН, гиподинамии, ГХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП и ТГ).

Анализ распространенности ФР и их сочетаний показал, что подавляющее большинство обследованных имели наличие одного ФР – $32,8 \pm 0,7\%$ ($31,6\%$ – мужчины и $33,8\%$ – женщины). Сочетание двух ФР установлено у $23,1 \pm 0,7\%$ обследованных, в равной степени как у мужчин, так и у женщин. Сочетание трех и четырех ФР чаще всего наблюдалось у лиц мужского пола, однако достоверное половое различие (в 3,5 раза) обнаружено у обследованных с четырьмя ФР ($p < 0,005$). Один ФР чаще имел место у лиц молодого возраста, с возрастом как у мужчин, так и у женщин отмечено снижение частоты его выявления. У обследованных с двумя - четырьмя ФР, наоборот, пропорционально возрасту растет частота сочетания ФР.

Анализ заболеваемости АГ в зависимости от возраста и сочетания ФР среди обследованных мужчин РТ (рис. 1) показал, что в возрасте 15-24 лет в связи с небольшим количеством лиц с сочетанием ФР уровень заболеваемости АГ оказался низким – $2,3 \pm 0,7\%$. С 25 лет и старше пропорционально росту числа лиц с двумя и, особенно, тремя и четырьмя ФР отмечен рост заболеваемости АГ: в 25-34 года в 4,1 раза; в 35-44 года в 8,3 раза; в 45-54 года в 16,2 раза и в 55-59 лет в 24,9 раза.

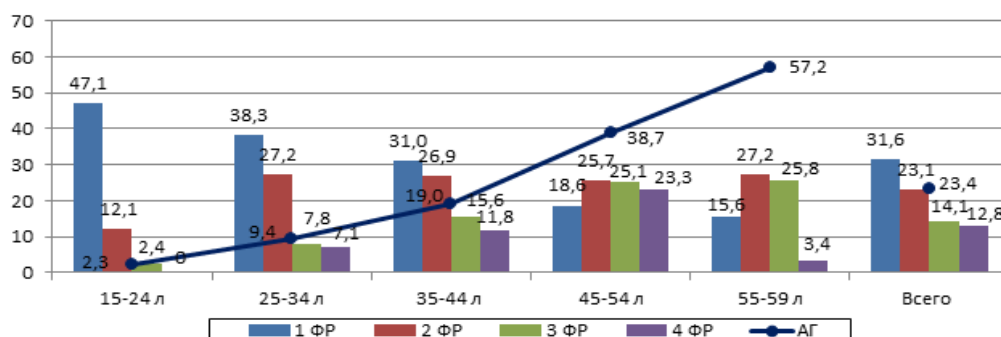


Рис. 1. Заболеваемость АГ в зависимости от возраста и сочетания ФР среди обследованных мужчин РТ

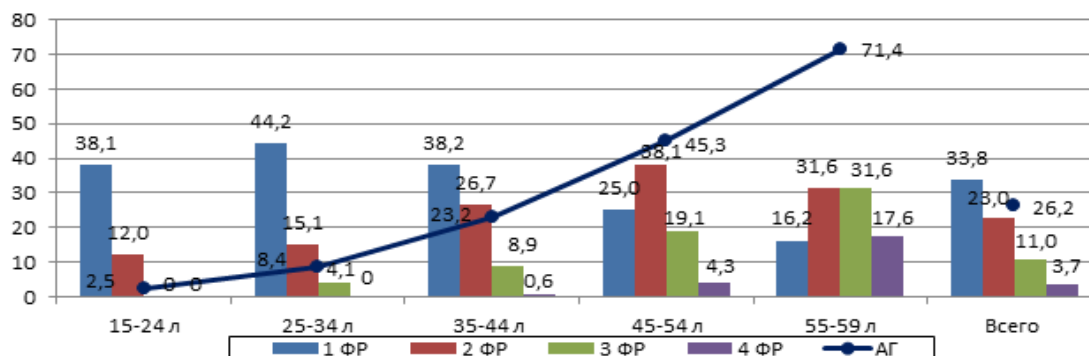


Рис. 2. Заболеваемость АГ в зависимости от возраста и сочетания ФР среди обследованных женщин РТ

В отличие от обследованных мужчин, у респонденток (рис. 2) в возрасте 15-24 лет при наличии одного и сочетания двух ФР уровень АГ составил $2,5 \pm 0,6\%$. С 25 лет и старше отмечена положительная корреляция уровня АГ и ИБС в зависимости от возраста и сочетания ФР с наибольшей частотой обнаружения в диапазоне 55-59 лет. Так, в 25-34 года с тремя ФР и увеличением числа женщин с двумя ФР отмечен рост АГ в 3,4 раза ($p < 0,005$). Значительный рост заболеваемости АГ с достоверным различием ($p < 0,005$) установлен в возрастных диапазонах 35-44, 45-54 и 55-59 лет (в 9,3; 18,1 и 28,5 раза соответственно),

что обусловлено ростом числа лиц с двумя и, особенно, тремя и четырьмя ФР.

Заключение. Таким образом, полученные нами результаты ещё раз подтвердили принцип детерминированности (причинно-следственной связи), т.е. установлена зависимость заболеваемости АГ от возраста, пола (немодифицируемый фактор) и сочетания модифицируемых, поведенческих ФР (избыточная масса тела и ожирение, табакокурение, гиподинамия, злоупотребление алкоголем и психоэмоциональная нагрузка). При этом высокая заболеваемость АГ коррелировала с уровнем и частотой встречаемости ФР.

Норкулов Т., Каюмов Х.Х., Гадоев Д.К., Турахонов Т.А.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ПЕРЕБОЛЕВШИХ И НЕПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19

Курс внутренних болезней Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ, г. Бохтар, Хатлонская область

Хатлонская областная клиническая больница №1 им. Б.Вахидова, г. Бохтар

Цель исследования. Анализировать среди взрослых госпитализированных частоту случаев и особенности клинической картины негоспитальной пневмонии у ранее переболевших и неперенесших COVID-19.

Материал и методы исследования. В исследование включены 55 взрослых пациентов с внебольничной пневмонией, в том числе 8 (14,5%) ранее переболевших COVID-19 и 47 (85,5%) не перенесших COVID-19, госпитализированных в пульмонологическое отделение Хатлонской областной клинической больницы №1 им. Б. Вахидова, г. Бохтар, за период с 14 января 2020 г. по 14 декабря 2020 года.

Результаты и их обсуждение. Среди 8 пациентов, ранее переболевших COVID-19, мужчин было 4 (50,0%), женщин - 4 (50,0%), возраст колебался от 28 до 66 лет, средний возраст 51,1. Сопутствующие заболевания имели четверо пациентов, в том числе по одному случаю сахарного диабета, туберкулеза легких и у двух имелось сочетание сахарного диабета с ожирением и гипертонической болезнью. Из 8 пациентов двое были медицинскими работниками.

Среди 47 пациентов, не перенесших COVID-19, мужчин было 16 (34,0%), женщин

- 31 (66,0%), возраст колебался от 18 до 80 лет, средний возраст 53 года. Сопутствующие заболевания имели 22 пациентов, в том числе у 10 имелся сахарный диабет, который чаще сочетался с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью.

Диагноз негоспитальной пневмонии у ранее переболевших и неперенесших COVID-19 устанавливался на основании жалоб, клинического обследования, данных эпидемиологического анамнеза, результатов лабораторных, включая специфические иммуноглобулины IgM и IgG, рентгенологических и пульсоксиметрических исследований.

Распространенность пневмоний среди перенесших COVID-19: у 7 больных полисегментарная, у одного - односторонняя, у 7 (87,5%) больных - двусторонняя. Функциональные изменения в виде дыхательной недостаточности отмечены у всех 8 больных. По степени тяжести среднетяжелое течение имели 6 (75,0%), тяжелое - 2 (25,0%) пациента.

Распространенность пневмоний среди неперенесших COVID-19: у 5 больных она имела полисегментарный характер, у 14

(29,8%) - односторонний, у 33 (70,2%) - двусторонний. Функциональные изменения в виде дыхательной недостаточности отмечены у 33 (70,2%) больных. По степени тяжести среднетяжелое течение имели 33 (70,2%), тяжелое - 14 (29,8%) пациентов.

Особенностей различия симптоматики клинических проявлений пневмоний среди пациентов, переболевших и не переболевших COVID-19, нами не отмечено. У всех пациентов проведено лечение с положительной динамикой.

В 2019 г. в названное пульмонологическое отделение с негоспитальной пневмонией было госпитализировано 53 больных, в том числе мужчин 24, женщин – 29.

Заключение. Особых специфических черт и различий в симптоматике внебольничной пневмоний у ранее переболевших и не переболевших COVID-19 не отмечено. Лица, выздоровевшие от внебольничной пневмонии, ранее перенесшие COVID-19, для оценки возможного пневмофиброза нуждаются в мониторинге легких.

Норкулов Т., Тоиров М.Г. Саидова М.А., Хошмадов С.Г.

ТАЪЛИМОТИ ДОКТРИНАҲОИ ДЕОНТОЛОҒИ ДАР БЕМОРИҲОИ ДАРУНИ

Курси бемориҳои дарунӣ, кафедраи ҷарроҳӣ, курси момодоягӣ, шӯъбаи МДТ ДТБКСТ ҶТ дар ш.Бохтар, вилояти Хатлон

Шӯъбаи бемориҳои дарунии беморхонаи марказии ноҳияи Дӯсти, вилояти Хатлон

Муҳимият. Имрӯз, афзоиши тавачҷӯҳи беморон ва ҳешовандони онҳо ба иттилооти тиббӣ, гузаронидани таъхис ва табобати онҳо бо истифодаи васеи усулҳои муосири тиббӣ, метавонад пайдоиши мушкилоти нави деонтологӣ барои ҷомеаи муосир оварад ва табибро, хусусан табиби ҷавонро дар ҳолати ногувори саволҳои деонтологӣ қарор диҳад.

Мақсад. Ҷалби диққати табибони бемориҳои дарунии минтақавӣ ва табибони оилавӣ ба принципҳои асосии умумӣ қабулшудаи деонтологӣ ва татбиқи мушаххаси он дар клиникаи бемориҳои дарунӣ.

Муҳокима ва ҳулоса. Тавре маълум аст, аввалин тамоси воқеии бемор бо тиб ва амалияи тандурустӣ аз муассисаи кӯмаки аввалияи тиббӣ санитарӣ оғоз гардида, он аз табиби бемориҳои дарунии минтақавӣ ва табиби оилавӣ таҷассум ёфта, аз таасуроти тамос бемор муносибати ҳудро бо тиб ва умуман соҳаи тандурустӣ муайян менамояд ва дар маҷмӯъ асоси пешравии таъхис ва табобат мегардад.

Бинобар, васеъ будани масъалаҳои деонтологӣ тиббӣ ва қарор доштани он дар баробари масъалаҳои касбӣ, номбар намудани се принципҳои асосии умумӣ қабулшудаи деонтологиро зарур мешуморем:

1. Ҳама намуд тамосҳои табиб бо бемор озодона, бо эҳтиром, бо тавачҷӯҳи ҳиссиёти ӯ ва бе ҳуд мағрури сохта шавад.

2. Қобилияти гӯш кардани бемор, новобаста аз маҳдудияти вақт.

3. Бо малака ва боварибахш расонидан ба шуури бемор, мақсади таъхисҳои гузаронидан ва натиҷаҳои онҳо.

Дар идомаи принципҳои асосии деонтологӣ ёдовар шуд, ки - табиб шудан, ин маънои пеш аз ҳама одам будан мебошад ва табиби ҳуб, натиҷаи тайёрии бузург ва худбинии шахсист (Мансуров Х.Х., 1979).

Ба ин мазмун, дигарон низ гуфтаанд – ҳар кас баъди саъю кӯшиши пайваста метавонад табиб шавад, аммо беҳтарин ва бузургтарин сарвари онҳо одамияти онҳост.

Татбиқи хусусиятҳои мушаххаси муносиби принципҳои асосии деонтологиро ҳангоми таъхис ва табобати бемориҳои соматӣ, Шхватсабая И.К. (1988) таъкид намуда навиштааст - “бисёрҷабҳаи” ногувории беморон, талаб менамояд, ки табиб доимо ва ҳамаҷониба бадани беморро ҳамчун як шахси иҷтимоию-биологӣ, шахсият ва хусусиятҳои рӯҳии онро дарк намояд.

Ҳанӯз, ҳақими бузург Абӯалӣ ибни Сино ба хусусиятҳои калидии таъхис ишора намуда, зарурати ба назар гирифтани ҳолати зеҳнӣ ва ба ҳар як бемор муносибати махсус дода шуданро таъкид кардааст, ки: - “Шумо бояд бидонед, ки ҳар як шахси алоҳида ба табиати муайяне тобеъ аст”.

Олими бузурги форсу-тоҷик, энциклопед ва файласуф Абӯбакр Закариёи Розӣ низ, аҳамияти қудрати рӯҳи ва бузургии фарқияти табиати инсонро зикр намудааст.

Нурматова З.И., Юсупова М.Р.

РОЛЬ СЕМЬИ В ОХРАНЕ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ХУДЖАНДА

Кафедра сестринского дела ХО ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить влияние семьи на полноценное питание, условия и ведение здорового образа жизни в семье.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в центре здоровья № 5 города Худжанда, в нем принимали участие 150 человек - рабочих, юношей и девушек, студентов вузов. Был проведен социологический опрос.

Анкета.

1. Завтракаете ли Вы перед уходом из дома?
2. Присутствуют ли в Вашем суточном рационе свежие овощи и фрукты, мясные блюда, блюда из рыбы, йодированная соль?
3. Как часто Вам удается своевременно завтракать, обедать и ужинать?
4. Вы не доедаете, потому что времени нет или семейный бюджет не позволяет?
5. Как часто Вы занимаетесь физической культурой?
6. Как часто Вы отдыхаете в санаториях или на курортах?
7. Проходите ли Вы медосмотр каждые 6 месяцев?

Результаты и их обсуждение. Средний возраст анкетированных составил от 18 до 60 лет. Большинство - 53,8% - юношей и 46,2% девушек считают, что нужно укрепить здоровье, начав вести здоровый образ жизни в возрасте от 18 лет.

По данным опроса, 13% юношей и 18% девушек не занимаются физической культурой, потому что нет свободного времени; 10% рабочих ведут сидячий образ жизни; 18% людей среднего возраста (50–60 лет) не доедают, в основном, отмечается дефицит следующих продуктов: мясо, йодированная соль, гречне-

вая крупа, овощи и фрукты; соблюдающих режим приема завтрака, обеда и ужина составило 8%; 10% людей среднего возраста хотели бы регулярно посещать спортивный зал, но не имеют финансовой возможности; 8% мужчин и 7% женщин не отдыхают в санаториях; 8% населения среднего слоя не обращаются за медицинской помощью.

Заключение. Из проведенного исследования можно сделать вывод, что все респонденты понимают, что важно укрепить здоровья в семье. К сожалению, на деле этого не происходит. Можно утверждать, что не на должном уровне находится семейное, физическое воспитание, которое формирует интерес к самостоятельным занятиям физическими упражнениями и потребность в них. За период обучения в лицее, вузе, где происходит становление личности будущего специалиста у молодежи должна быть сформирована убежденность в необходимости постоянной работы над собой, изучения особенностей организма, рационального питания, оптимального использования своего физического потенциала.

Хочется, чтобы нынешняя молодёжь и в будущем подрастающие поколения, люди старшего возраста заботились о своём здоровье.

На сегодняшний день практически каждый человек, живущий в странах хоть какого-либо технического прогресса, имеет массу дел и обязанностей. Порою ему не хватает времени даже на свои дела, забывает о своем здоровье, не спит по ночам, не ходит в походы, не бегают по утрам, ездит на машине (по улицам с опасным составом воздуха), не ходит пешком.

Олимова Ф.А., Мухамадиева С.М., Истамова Г. Д., Каримова С.Ф.

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить медицинские и социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин-инвалидов с нарушением опорно-двигательной системы (ОДС) и разработать предложения по улучшению качества жизни данной категории пациенток.

Материал и методы исследования. По специально разработанной анкете, состоящей из 80 вопросов, проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации (форма 029 «Индивидуальная карта беременных» и история родов) 80 женщин – инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы. Контрольную группу составили 40 здоровых женщин. Анкета включала блоки, отражающие социально-гигиенические факторы, генетический, репродуктивный, гинекологический и контрацептивный анамнез, соматическую патологию, сроки постановки на диспансерный учет по беременности, особенности течения данной беременности и исходы родов, состояние новорожденного.

Статистическая обработка проведена с использованием программы Microsoft Excel ($M \pm m$, t -критерий Стьюдента). Различия между сравниваемыми величинами признавались достоверными при $p < 0,05$ (95% достоверности).

Результаты и их обсуждение. Возраст женщин в основной группе отличался и составлял $34,6 \pm 1,7$ лет, в контрольной – $24,4 \pm 1,7$ лет. В раннем репродуктивном возрасте (19-24 года) находились $20,5 \pm 1,42\%$ женщин, активном (25-34 года) – $42,8 \pm 3,72\%$, позднем (35-49) – $32,7 \pm 2,6\%$. Из общего количества женщин-инвалидов I группа инвалидности установлена в 13 случаях ($16,2 \pm 4,9\%$), II-ая – в 47 ($58,7 \pm 2,1\%$), III-я – в 20 ($25 \pm 14,1\%$). Врожденная инвалидность установлена у 55 пациенток ($68,7 \pm 4,9\%$), при этом у всех женщин III-ей группы (100%), что в 1,3 раза больше, по сравнению с I-ой ($76,9 \pm 4,9\%$) ($p > 0,05$), и в 1,8 раза – по сравнению со II-ой группой ($53,2 \pm 2,1\%$) ($p < 0,05$). Приобретенная инвалидность имела место в 25 случаях только в I-ой и II-ой группах ($31,2 \pm 4,9\%$), при этом во II-ой группе их было в 2 раза больше, по сравнению с I-ой ($46,8 \pm 2,1\%$ и $23,1 \pm 4,9\%$ соответственно) ($p < 0,05$). Большая часть пациенток были городскими жительницами ($66,2 \pm 6,1\%$), сельские составляли $33,7 \pm 6,2\%$, при этом домохозяйки было $85,1 \pm 12,0\%$, служащих – $13,5 \pm 11,8\%$, учащихся – $1,3 \pm 11,8\%$. Среднее образование

имели $82,2 \pm 11,3\%$, начальное – $1,2 \pm 11,2\%$, высшее – $16,4 \pm 11,4\%$; низкий социальный статус установлен у $64,6 \pm 1,1\%$. Из общего числа женщин в браке состояли $78,9 \pm 11,3\%$, остальные $21 \pm 10,4\%$ не состояли, однако, ведут активную половую жизнь. Структура соматической патологии практически была одинаковой в анализируемых группах. Более 1/3 пациенток ($35,5\%$) страдали анемией различной степени, каждая третья ($30,1\%$) – заболеваниями почек, каждая четвертая ($21,1\%$) – избыточной массой тела, $4,5\%$ – дефицитом массы тела, $6,7\%$ – йододефицитными состояниями, $7,7\%$ – заболеваниями органов дыхания, $3,3\%$ – варикозной болезнью, $3,3\%$ – миопией, $1,1\%$ – сахарным диабетом, $1,1\%$ перенесли короновиральную инфекцию. Гинекологические заболевания в прошлом имели $62,3\%$ женщин, при этом воспалительные заболевания органов малого таза имели $48,6\%$, заболеваниями шейки матки – $13,7\%$; миома матки диагностирована в $6,2\%$ случаев, что почти в три раза больше, по сравнению с контрольной группой ($2,1\%$), бесплодием страдали 15% , нарушение менструального цикла установлено в $8,7\%$ случаев. Из контрацептивного анамнеза установлено, что использовали современные методы предохранения от нежелательной беременности всего $15,9\%$, остальные не обращались за контрацептивной помощью.

Из общего количества женщин-инвалидов было 55, что составляет 70% , при этом первородящие составили $54,5\%$, повторнородящие (2-3 родов) – $45,4\%$, самопроизвольный выкидыш имела в анамнезе 1 пациентка. Состояли на учете у акушера-гинеколога $77,5\%$, остальные посетили специалистов не более 4-х раз; консультированы по вопросам планирования семьи $17,3\%$ беременных.

Заключение. Женщины-инвалиды с нарушениями ОДС имеют отягощенные медико-социальные особенности, обусловленные социальным статусом, низкой информированностью о репродуктивном здоровье и репродуктивном поведении. Для улучшения качества жизни и снижения «стигмы» необходимо повысить качество предоставления медицинских услуг, направленных на улучшение самого социального статуса женщин-инвалидов, повышение их социальной активности и формирование недискриминационной среды, которая будет способствовать реализации этих прав и давать возможность реализовать инвалиду свой потенциал.

Олимова Ф.А., Мухамадиева С.М., Рустамова М.С.,
Истамова Г.Д., Пулатова А.П.

МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН - ИНВАЛИДОВ-КОЛЯСОЧНИКОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ОЦЕНКА ИХ ПОТРЕБНОСТИ В ДОСТУПНОСТИ УСЛУГ

ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Представить медико-социальную характеристику женщин – инвалидов-колясочников и изучить ситуацию с потребностью данной группы пациенток в доступности к социальной среде жизнедеятельности.

Материал и методы исследования. Проведено анонимное анкетирование 70 женщин инвалидов-колясочников в возрасте 16 - 49 лет. При составлении выборочной совокупности учтено два принципа: во-первых, отбор целевых групп по типу ограничения жизнедеятельности (женщины-колясочники); во-вторых, выбор социальных организаций, в которых граждане проживают или получают услуги. Данный выбор обусловлен возможностью охвата инвалидов выбранной категории, степень дееспособности которых позволила заполнить анкету и узнать их мнение в отношении задаваемых вопросов. При инструктаже респондентам было объяснено соблюдение требования конфиденциальности участия в опросе и предложено ответить на вопросы, касающиеся того, что они думают и чувствуют относительно качества их жизни. За основу при составлении анкеты был взят многомерный инструмент (краткий вопросник WHOQOL-BREF), оценивающий физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что из общего количества женщин репродуктивного возраста с ограниченными возможностями (130) женщины инвалиды-колясочники составляли 38,4%. Средний возраст респондентов составил $29,6 \pm 1,74$ года. Среди опрошенных инвалидов-колясочников I группу инвалидности имели 29,7% инвалидов, II группу – 62,1%, а инвалидами III группы были признаны 8,1% респондентов. Изучая причины инвалидности, установлено, что у 82,4% опрошенных она была вследствие общего заболевания, удельный вес инвалидности с детства состав-

лял 8,1%, травму, как причину инвалидности, указали 9,5% инвалидов. В 8,1% случаев имеется сочетание с другими видами инвалидности. По роду занятости домохозяйками являются 40,5%, служащими - 48,6%, студентами - 8,1%, не работают - 2,7%. При оценке семейного положения установлено, что доля респондентов, ответивших, что они состояли в зарегистрированном браке, составила 24,3%, никогда ранее не вступали в семейно-брачные отношения 75,6% опрошенных. У 8,1% муж является инвалидом. Ни одна из респондентов не указала на использование контрацептивных средств. Сопутствующие общесоматические заболевания имели место у 74,4% инвалидов-колясочников, в том числе у 41,5% опрошенных одно сопутствующее заболевание, у 37% респондентов - два заболевания, у 21,5% - три и более. Основными сопутствующими заболеваниями явились анемия (20,3%), болезни пищеварительной (12,4%), мочевыделительной (35,6%) систем. При оценке своих жилищных условий 57,2% опрошенных оценили их как хорошие, 14,4% назвали свои жилищные условия удовлетворительными, 28,4% - неудовлетворительными. Большинство (73,0%) инвалидов проживали совместно с родственниками, в том числе: с мужем - 58,1%, с братом/сестрой или детьми - 13,5% и 1,4% респондентов соответственно. Проживали одни 27,0% опрошенных инвалидов. Результаты самооценки материального положения показали, что 14,9% респондентов оценили свое материальное положение как хорошее, 62,8% - как удовлетворительное, при этом они считают, что денег им хватает на нормальную жизнь. Материальное положение ниже среднего имеют 18,9% опрошенных, считая, что денег им хватает только на минимальные расходы, а 4,0% инвалидов - оценили свое материальное положение как бедное. Проведенное исследование показало, что 78,4% опрошенных считали, что у них рацион питания нормальный, однако 20,2% инвалидов полагали,

что их питание неплохое или скорее плохое и это вызвано недостаточными материальными средствами, а 1,4% человек связывали свое плохое или скорее плохое питание с трудностями приобретения продуктов. Живут, ни в чем себе не отказывая, лишь 6,3% опрошенных инвалидов, в то время как 29,5% отметили, что денег хватает только на жизненно необходимое, 54,7% едва сводят концы с концами и вынуждены ограничивать себя даже в необходимом. Респонденты в 21,3% случаев в полной степени обладают возможностью получать информацию и считают ее необходимой, в то время как у подавляющего большинства опрошенных (78,7%) такая потребность совсем не реализована. Полностью себя могут обслуживать 75,5% опрошенных инвалидов, частично себя обслуживают и периодически нуждаются в посторонней помощи - 21,6%, только 4,2% постоянно нуждались в посторонней помощи и уходе. Более половины опрошенных инвалидов-колясочников не нуждались в материальной помощи и помощи по уходу (со стороны близких родственников), составляя 62,2% и 63,5% соответственно. Респонденты имели потребность в социально-бытовых услугах, при этом лишь 8,1% нуждались в них и смогли их получить. В социально-медицинских услугах нуждались и получали их 16,2% инвалидов-колясочников, а в социально-правовых услугах нуждались и получали их 18,9% респондентов.

Основным амбулаторно-поликлиническим медицинским учреждением, в котором инвалиды-колясочники получали медицинскую помощь, являлась поликлиника по месту жительства (94,7%), до которой добирались пешком 79,7% опрошиваемых, с помощью родственников/знакомых - 20,3%

инвалидов. Исследование показало, что 88,6% респондентов считают, что в медицинском учреждении есть специальные приспособления для людей с ограниченными возможностями, в то время как 11,4% считают, что их нет. Полностью удовлетворены доступностью и качеством медицинского обслуживания 42,5% женщин инвалидов-колясочников, удовлетворены доступностью, но не качеством 15,1%, удовлетворены качеством, но не доступностью 16,4% респондентов. Удовлетворенность доступностью и качеством только медицинских услуг, связанных с их заболеванием, при получении отдельных видов медицинских услуг отметили 26,0% инвалидов-колясочников. Под наблюдением у акушера-гинеколога и семейного врача находились 75,6% опрошенных, были открытвенны с врачом о своих проблемах 86,4%. Респонденты указали следующие проблемы при обращении: наличие длинных очередей (42,5%), сложность записи к врачу (65,9%), грубое отношение к пациентам (17,8%), психологическое насилие в виде унижений и оскорблений (27%) и наличие платных услуг, в том числе УЗИ, рентген и консультация других специалистов (32,4%).

Закключение. Женщины инвалиды-колясочники репродуктивного возраста имеют особые медицинские и социальные характеристики и потребности в доступности услуг. Они составляют особую социальную группу людей, нуждающуюся в поддержке со стороны государства и общества, направленную на то, чтобы поддерживать их, независимо от финансового положения, социального статуса, и создании доступной среды для получения необходимой поддержки в оказании им качественных медицинских и социальных услуг.

Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Давлатова Д.Дж.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫХ ГЛИСТНЫХ ИНВАЗИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить состояние уровня распространённости глистной инвазии в семьях, проживающих в различных регионах Республики Таджикистан, и разработать научно-обоснованные рекомендации по совершенствованию подходов профилактики распространения часто встречаемых глистных инвазий на уровне ПМСП республики в современных социально экономических условиях.

Материал и методы исследования. В научной работе применялись клинико-лабораторные исследования, анкетирование и оценка степени информированности населения о распространённости часто встречаемых глистных инвазий, путях совершенствования эффективного снижения гельминтозных заболеваний.

Результаты и их обсуждение. Из общего числа 557 выявленных случаев глистной инвазии заражённость лямблиозом составила (55,8%), аскаридозом - 20,6%, гименолепидозом – 11,7%, энтеробиозом - 11,9%. Основными факторами распространённости глистной инвазии являются популяционно-демографические факторы, что составило 87,9%; медико-социальные причины: 52,5% случаев зависит от количества членов семьи (семья состоит из 6-10 человек); от источника водоснабжения и состояния канализации. Низкий уровень санитарной культуры населения, неудовлетворительные санитарно-гигиенические и бытовые условия способствуют высокой распространённости гельминтных заболеваний.

При изучении структуры здоровья детского населения в обследуемых регионах установлено, что среди сопутствующих соматических заболеваний у детей по городу Истаравшан Согдийской области на 1-м месте болезни органов дыхания - 528

(0,62% или 621,7‰), далее – анемия - 439 (0,52% или 516,8‰) и на 3-м месте - болезни пищеварительного тракта - 272 (0,2% или 320,2‰). По Аштскому району Согдийской области превалирует анемия - 609 (1,2% или 1162,7‰), на 2-м месте - болезни органов дыхания - 344 (6,5% или 656,7‰), далее - болезни эндокринной системы - 224 (0,43% или 427,6‰). По району Хамадони Хатлонской области 1-е место занимают болезни органов дыхания - 2124 (4,5% или 4493‰), 2-е место – анемия - 497 (1,1% или 1051‰), и 3-е место - болезни пищеварительного тракта - 438 (0,9% или 926,7‰). По городу Душанбе 1-е место занимают болезни эндокринной системы - 1906 (0,8% или 6282,5‰), 2-е место - болезни органов дыхания - 1256 (1,3% или 449,7‰), 3-е место - болезни нервной системы – 1052 (1,1% или 376,7‰).

Закключение. В целях раннего выявления и последующего эффективного лечения необходимо регулярно осуществлять скрининговые исследования на выявление носителей глистных инвазий, проводить своевременное консультирование членов семьи о факторах риска распространённости гельминтных заболеваний для последующего внедрения эффективных вмешательств по их профилактике. На уровне ПМСП необходимо ежегодно проводить тренинги по диагностике, лечению, диспансеризацию. Для снижения заболеваемости по гельминтозам необходимо консультирование членов семьи о путях передачи заболевания путем повышения информированности знаний. Необходимо использовать индивидуальное консультирование членов семьи в плане приверженности населения к лечению, улучшить преимущество в выполнении интегрированных Национальных программ в плане оптимизации лечения гельминтных заболеваний.

Ортикова М.М., Ахмедов А., Шодиев И.Н., Турдиев А.Х.

ОЦЕНКА МНЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ГОРОДА ИСТАРАВШАН, АШТСКОГО РАЙОНА СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ, РАЙОНА ХАМАДОНИ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ, ГОРОДА ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН О НАЛИЧИИ ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИИ В СЕМЬЕ И У РОДСТВЕННИКОВ

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить мнение опрошенных лиц о наличии глистной инвазии у членов семьи и родственников.

Материал и методы исследования. Проведен опрос и интервью среди 7050 членов семьи по месту жительства в городе Истаравшане - 1000 человек и Аштском районе - 1000 человек Согдийской области, 4005 человек района Хамадони Хатлонской области, городе Душанбе - 1045 человек Республики Таджикистан.

Результаты и их обсуждение. При опросе и анкетировании на вопрос «имеются ли глистные инвазии у членов семьи?» - 43,6% опрошенных лиц по г. Душанбе ответили утвердительно, не смогли ответить 38,9% и воздержались от ответа 17,5%. По району Хамадони Хатлонской области 44,6% опрошенных лиц ответили утвердительно, 46,1% - не подтвердили и 9,3% воздержались от ответа. По Аштскому району Согдийской области 12,6% опрошенных лиц ответили утвердительно, 82,5% - отрицали и 4,9% воздержались от ответа. По городу Истаравшан Согдийской области 32,8% опрошенных лиц ответили положительно, 45,6% - отрицатель-

но и 21,6% воздержались от ответа, что свидетельствует о низкой информированности населения о наличии глистной инвазии у членов семьи и их родственников.

Заключение. В целях раннего выявления и последующего эффективного лечения необходимо регулярно осуществлять скрининговые исследования на выявление носителей глистных инвазий среди членов семьи, проводить своевременное консультирование о факторах риска распространенности гельминтных заболеваний для последующего внедрения эффективных вмешательств по их профилактике. Семейный врач и медицинская сестра с целью первичной профилактики, ранней выявляемости снижения заболеваемости по гельминтозам во время активных визитов на дом должны консультировать членов семьи о путях передачи заболевания. Необходимо использовать индивидуальное консультирование членов семьи в плане приверженности населения к лечению, улучшить преемственность в выполнении интегрированных Национальных программ в плане оптимизации лечения гельминтных заболеваний.

^{1,2}Расулов С.Р., ^{1,2}Хўҷамқулов А.А.

ТАВСИЯҲОИ КОЛЛЕГИЯИ ҶАРРОҲОНИ ИМА ОИД БА ОНКОҶОРРОҲИИ ҚАФАСИ СИНА ДАР ДАВРАИ ПАНДЕМИЯИ COVID-19

¹Кафедраи онкологияи МДТ “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”

²МД “Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ”-и ВТВаҲИАҶТ

Мақсади таҳқиқот. Ба диққати хонанда расонидани Тавсияҳои Коллегии ҷарроҳони ИМА оид ба онкоҷорроҳии қафаси сина дар давраи пандемияи COVID-19 ва хабардор намудани он бо ахбори нави дастрас дар ин мавзӯ.

Мавод ва усулҳо. Бюллетени хабарии Коллегии ҷарроҳони Амрикоӣ ACS: COVID-19 and Surgery.

Натиҷаи таҳқиқот. Пешниҳод шудааст, ки марҳилаҳои фаъолияти клиника дар шароити паҳншавии COVID-19 ба 3 давра ҷудо карда шаванд: давраи I – нимумргентӣ, давраи II – ургентӣ ва давраи III – хатарнок.

Давраи I-Нимумргентӣ – адади ночизи беморон дар клиника бо COVID-19, захи-

раҳои беморхона ба охир нарасидаанд, дар муассисаи ҷун пешина дастгоҳҳои нафаси сунъӣ ҷой доранд, паҳншавии COVID дар марҳилаи суст қарор дорад. Нишондодҳои баъзе ҷарроҳӣ ба беморони саратони шуш I-II марҳила, саратони шуш III марҳила пас аз кимиотерапияи пеш аз ҷарроҳӣ, саратони сурхрӯда марҳилаи T1b ва зиёда, омосҳои девори қаваси сина бо потенциали баланди бадсифатӣ, резистент ба табобати консервативӣ, беморони гирифтори саратони шуш, саратони сурхрӯда, омосҳои миёндевор, ки ба гурӯҳи таҳқиқотӣ ворид карда шудаанд, ё пас аз табобати неoadъювантӣ. Метавонанд амалиёти зерини каминвазии ташхисию табобатӣ гузаронида шаванд: стентгузории

сурхрӯда ҳангоми дисфагия, барои барқарор намудани гузариши он ва гузаронидани табобати консервативӣ, торакоскопияи ташхисӣ, медиастиноскопия бо мақсади аниқ намудани паҳншавии саратони шуш дар қафаси сина, торакоскопияи ташхисӣ бо биопсияи омос дар беморони гумонбар ба омосҳои миёндевор, лимфома, тимома ва ғайра. Ҳолатҳое, ки аз амалиёти ҷарроҳӣ худдорӣ намудан мумкин аст (табобатро то 1-3 моҳ мавқуф гузоштан мумкин): омосҳои хурди атрофии шуш (саратони шуш аз 1 см хурд, ё омоси аз 2 см хурд, ки ташхиси тафриқавии саратон ва омоси хушсифатро талаб менамояд), омосҳои сустинкишофёбанда, омосҳои хурди ғайрисаратонии шуш, аз қабили карсинома, саркома ва ғайра, саратони сурхрӯда марҳилаи T1a/b, бeсимптом (имкони мавқуф гузоштани ҷарроҳӣ ҳаст), тимома (андозаи хурд, бeсимптом), олигометастазҳои шуш (агар зарурияти тасдиқи морфологӣ барои гузаронидани табобати консервативӣ набошад), бемороне, ки баъди ҷарроҳӣ ба нафаси сунъии дуру дароз зарурият доранд, ҳамчунин бемороне, ки хатари баланди аворизи баъди ҷарроҳӣ дошта бошанд, резексияи хирной (дар ҳолатҳое, ки нишондод барои ҷарроҳии ҳаётан муҳим ҷой надорад).

Давраи II – Ургентӣ – адади зиёди беморон дар клиника бо COVID-19, шароити гузаронидани нафаси сунъӣ маҳдуд ё паҳншавии COVID дар клиника дар давраи авҷгирист. Ҷарроҳӣ барои бемороне, ки мавқуфгузори он дар 1-2 рӯз ба марги бемор ё бадшавии зисти он оварда мерасонад, зарур аст. Ҳолатҳое, ки гузаронидани ҷарроҳӣ дар муддати кӯтоҳ лозим аст (бо дарназардошти шароити таъминоти анестезиология ва реаниматсия дар клиника дар чанд рӯзи наздик): перфоратсияи саратони сурхрӯда, табобати аворизи ҷарроҳӣ (гемоторакс, эмпиема) – дар бемори нишондодҳои гемодинамикааш доимӣ. Ҳолатҳое, ки ҷарроҳӣ метавонад мавқуф гузо-

шта шавад: ҳамаи амалиёти ҷарроҳӣ дар бемороне, ки омосҳои беаворизи қафаси сина доранд: саратони шуш, саратони сурхрӯда, омосҳои миёндевор. Усулҳои алтернативи табобат, табобати консервативӣ (ҳангоми ҷой доштани захираҳо): гузаронидани бемор ба давраи нимургентӣ (давраи I), агар бемор барои табобати неoadъювантӣ мувофиқ, ўро ба ин намуди табобат гузаронидан лозим, табобати нурии стереотаксӣ, аблятсия (масалан, криотерапия, аблятсия), ҳангоми саратони паҳншавии шуш ва сурхрӯда, пас аз табобати неoadъювантӣ, навбати ҷарроҳӣ ба дигар намуди табобат иваз карда мешавад (табобати нурий, кимиотерапия, табобати таргетӣ, иммунотерапия), баррасии иваз намудани табобати неoadъювантӣ дар беморони саратони шуш, сурхрӯда, омосҳои миёндевор ба табобати консервативӣ (кимиотерапияи мустақил ва ғайра).

Давраи III – Хатарнок – тамоми захираҳои клиника барои табобати COVID-19 сафарбар шудаанд. Табобати ҷарроҳӣ барои бемороне зарур аст, ки мавқуф гузоштани он дар чанд соат ба марги бемор метавонад расонад: перфоратсияи саратони сурхрӯда, омоси роҳҳои нафас, ки барои ҳаёти бемор хатарнок аст, омосҳои нишонаҳои сепсис дошта, табобати аворизи ҷарроҳӣ (хунравии ғаёл, ки бо дигар роҳ боздошта намешавад, ночаспиши анастомозҳои бронхҳо ва сурхрӯда бо нишонаҳои сепсис), дигар амалиёти ҷарроҳӣ бояд мавқуф гузошта шаванд ё усулҳои бечарроҳии алтернатив тавсия шудаанд.

Хулоса. Аз тавсияҳо бар меояд, ки дар давраи пандемияи COVID-19, бо дарназардошти захираҳои доруворӣ ва техники дар клиника, расонаидани ёрии махсусгардонидашуда ба беморони гирифтори омосҳои бадсифати узвҳои қафаси сина ба се давра ҷудо карда, ёрии тиббӣ мувофиқи ҳолати бемор ва хатару аворизи омос расонида мешавад.

Рахимов З.Я.

ГНОСЕОЛОГИЧЕСКИЕ КОРНИ ЯТРОГЕНИИ В СТРУКТУРЕ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить основные корни ятрогении в структуре врачебных ошибок в

современной врачебной практике клинических подразделений кардиологического профиля.

Материал и методы исследования. Исследованы медицинские документы клинической практики стационаров и поликлинических подразделений кардиологических центров Республики Таджикистан за 2020 год, протоколы заседаний Терапевтических лекарственных комитетов (ТЛК), протоколы исследования летальных исходов, протоколы клинических разборов, а также современные директивные документы по анализу врачебных ошибок. Таким образом, всего было изучено 400 медицинских документов и протоколов.

Результаты и их обсуждение. Ятрогения нами понимается как развитие отягчающих состояний у больного, спровоцированное, прямо или косвенно, медицинским персоналом, в центре которого находится врач. Мы выделяем следующие основные виды ятрогении: диагностическая, манипуляционная, прогностическая, лабораторная, фармакогенная. В свою очередь, мы выделяем несколько классов врачебных ошибок: диагностические, тактические, терминологические, лекарственные, манипуляционные и этико-деонтологические. Анализ врачебных ошибок по выделенным нами классам показал, что наиболее часто допускаются лекарственные ошибки, включая полипрагмазию назначений. Они составили на нашем материале 51%. На втором месте по частоте и совокупности стоят тактические и терминологические врачебные ошибки – 26%. На третьем манипуляционные – 12%, затем диагностические – 7% и этико-деонтологические – 4%. Анализ полипрагмазии показал, что наиболее часто допускаются необоснованные назначения, приводящие к ухудшению состояния больного. Известно, что усиленная терапия мочегонными средствами может спровоцировать подагру и вызвать гипокалиемию. Другой распространенный пример: назначение антибиотиков

при отсутствии доказательств на наличие какой-либо инфекции. Инфузии раствора электролитов без осуществления необходимых лабораторных анализов. Широкое использование препаратов из ряда метаболитов (рибоксин, милдронат, актовегин). Причем, последний - актовегин (Солкосерил/Actovegin/Solcoseryl), ангиопротектор и антиоксидант, назначают от всего – инфаркт, инсульт, черепно-мозговые травмы, венозная недостаточность, ожоги, лучевая терапия, ангиопатии. Очередной продукт экстракта белков скота без описания механизма действия и доказательств, созданный специально для СНГ. По заключению FDA – запрещён для применения, а в Пабмеде 125 публикаций, указывающих на разной степени бесполезности этого препарата. Другой препарат милдронат (Кардионат/Мельдоний/Мельфор/Идринол/Mildronate/Meldonium) – кардио-протектор, ангиопротектор, антиоксидант, назначаемый при стенокардии, инфаркте, сердечной недостаточности, кардиомиопатии, ретинопатии, тромбозе вен сетчатки, цереброваскулярных болезнях. Имеет пачку описательств на Пабмеде и два китайских РКИ. При этом Cochrane Reviews не даёт свидетельств в пользу назначений препарата; FDA 0; RXlist 0; ВОЗ 0.

Заключение. Даже сегодня мы сталкиваемся с врачебными ошибками. Наиболее частые из них – это склонность к полипрагмазии, назначение бесполезных препаратов, не входящих в утвержденные протоколы лечения. Это может усугубить и без того тяжелое состояние больного и увеличить стоимость его лечения. Кроме того, врачебная ошибка может обернуться трагедией для больного, вызвать ухудшение его состояния и даже летальный исход. Каждый доказанный случай ятрогении нуждается в анализе причин и условий его возникновения. Это может предотвратить их повторение и сохранит тем самым жизнь больных.

Рахимов З.Я.

ОСНОВНЫЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ: КРАТКИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗА 2015-2020 ГОДЫ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить динамику развития первичной заболеваемости по основным неинфекционным заболеваниям (НИЗ) в Республике Таджикистан (РТ) за 2015-2020 годы и определить наметившиеся тенденции в их развитии.

Материал и методы исследования. Мониторинг основных показателей заболеваемости и смертности на данный момент нами осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РТ от 3 декабря 2012 года, №676 в рамках реализации национальной программы «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в РТ на период 2013-2023 годы». Аналитическому исследованию были подвергнуты официальные документы Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), статистические данные Республиканского центра медицинской статистики и информации, данные собственных скрининговых обследований популяции Таджикистана, отдельные результаты по исследованию WHO STEPS и HEARTS-TJ.

Результаты и их обсуждение. Среди НИЗ сегодня в популяции Таджикистана ведущими являются артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ), онкологические заболевания и сахарный диабет. Они признаны наиболее острыми проблемами современного человечества. Ущерб от этих заболеваний ложится тяжелым бременем на экономическое и социальное развитие государства, сильно тормозит его экономическое развитие. Так, по данным World Health Statistics, 2019, утраченные годы жизни в результате травм, отравлений и общей заболеваемости составили по РТ в 2012 году в сумме 29 749 лет. Из них только по НИЗ было утрачено 11 930 лет. Сегодня из-за пандемии COVID-19 эти негативные данные кратно увеличились, что вызывает большие опасения за

экономический прогресс в развитии мирового сообщества. По рейтингу индекса человеческого развития (Human Development report, 2020) Таджикистан находится на 125 месте с индексом 0,656 с Валовым национальным продуктом на душу населения 3,482. Естественно, что эти показатели прямо или косвенно влияют на заболеваемость и смертность населения. Общая тенденция такова, что при росте АГ, например, с уровня 460,0 в 2014 году (в расчете на 100 000 населения) до уровня 534,5 (2018), то есть рост на 16,2%, параллельно отмечается прогрессивное снижение первичной заболеваемости по ишемической болезни сердца. Так, с уровня 200,1 (2014) она упала до уровня 89,5 (2018), то есть мы здесь видим «парадоксальное» снижение показателя на 44,7%. Думается, что и здесь отмечаются структурно-нозологические деформации по первичной заболеваемости и смертности населения. Они могут быть связаны также и с COVID-19, сложившимися в связи с этим вынужденными и существенными социально-экономическими издержками (самоизоляция, дополнительная фармакотерапия, изменения в питании, дневном и ночном режиме и др.).

Заключение. За последнее десятилетие в РТ отмечается рост первичной заболеваемости по всем НИЗ и, в первую очередь, рост сердечно-сосудистых заболеваний, что является отражением установившихся сложных социально-экономических и эпидемиологических отношений на данном этапе развития общества. За этот же период мы видим существенное снижение обращаемости населения РТ в связи с развитием острых форм ишемической болезни сердца (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда), что также может говорить за снижение процесса выявляемости, регистрации и учета основных НИЗ, изменениями экономической доступности медицинской помощи, в том числе специализированной.

Саидова М.А., Норкулов Т., Тоиров М.Г., Холикова Г.О.

РАБОТА РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА БОХТАРА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Курс акушерства Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ, г. Бохтар, Хатлонская область
Курс внутренних болезней Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ, г. Бохтар, Хатлонская область

Родильное отделение Центральной городской клинической больницы города Бохтара Хатлонской области

Цель исследования. Изучить результаты акцента на строгом соблюдении противоэпидемических мероприятий в условиях пандемии COVID-19 в родильных отделениях, позволяющего избежать случаев инфицирования SARS-CoV-2 как у пациенток, так и у работников отделения.

Материал и методы исследования. В исследование включены 7247 пациенток, госпитализированных в родильное отделение Центральной городской клинической больницы г. Бохтара Хатлонской области в 2020 году.

Результаты и их обсуждение. Из 7247 пациенток 5552 (76,6%) обратились для родов и 1695 (23,4%) - с целью лечения. Среди обратившихся для родов 2003 (36,1%) пациенток были в возрасте до 20 лет. У всех 7247 пациенток диагноз COVID-19 исключался на основании жалоб, данных эпидемиологического анамнеза, клинического обследования, результатов лабораторных исследований. Среди обратившихся 2869 (39,6%) пациенток имели сопутствующие заболевания, в том числе 2536 (35,0%) - различной степени

тяжести анемии, 44 (0,6%) - пиелонефрит, 99 (1,4%) - кровотечение, 23 (0,3%) - гипотонию и 167 (2,3%) - преэклампсию.

Учитывая, что роды являются управляемым процессом, а женщина не может отложить рождение ребенка на более благоприятное время, работу отделения организовывали в штатном режиме, принимали пациентов в том же режиме, что и до пандемии, но со строгим проведением противоэпидемических мероприятий, с соблюдением масочного режима. Женщинам разрешали рожать без применения масок.

Заключение. Работа родильного отделения должна соответствовать конкретной эпидемиологической ситуации, имея в абсолютном приоритете безопасность пациенток, работников отделения и в целом общества.

Соблюдение противоэпидемических мероприятий в родильном отделении в период пандемии COVID-19 позволяет избежать случаев инфицирования SARS-CoV-2 как у пациенток, так и у работников родильного отделения.

*Саидова Х.О., Мирзабекова Б.Т., Мухамадиева С.М.,
Пулатова А.П., Худододова К.У., Садоншоева Ш.Н.*

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (НА ПРИМЕРЕ Г. ДУШАНБЕ)

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

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

ГУ «Городской центр репродуктивного здоровья» УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Изучить медико-социальные аспекты врожденных пороков развития центральной системы (ВПРЦНС) и разработать предложения по снижению этой патологии.

Материал и методы исследования. По специально разработанной анкете проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации (форма 029 «Индивидуальная карта беременных») - 90 случаев ВПРЦНС. Анкета включала блоки, отражающие социально-гигиенические факторы, генетический, репродуктивный и гинеколо-

гический анамнез, данные ультразвукового исследования во время настоящей беременности, соматическая патология, сроки постановки на диспансерный учет по беременности, особенности течения данной беременности и исходы родов, состояние новорожденного. При постановке диагноза использована международная классификация 10-го пересмотра (МКБ-10, Q 00 – Q 99). Статистическая обработка проведена с использованием компьютерных технологий.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных составлял 27±0,15 лет,

при этом в раннем репродуктивном возрасте (20-24 года) находились 35,5% женщин, активном (25-34 года) - 49%, позднем (35-44) - 12,3%. Из паритета родов установлено, что среди обследованных большая часть женщин (57,7%) были повторно и многорожавшими (33,3 и 24,4% соответственно), первородящие составляли 27,8%; остальные 14,4% пациенток являлись перво- (11,1%) и повторнобеременными (3,3%). Из числа повторно и многорожавших женщин интергенетический интервал >3-х лет установлен у каждой второй женщины (52%), < 2 лет – у каждой третьей (30,7%), от 2-х до 3-х лет – в 17,3% случаев. Отягощенный акушерский анамнез имели 47,8% беременных: самопроизвольные выкидыши - 41,8%, неразвивающуюся беременность - 34,8%, медикаментозный аборт произведен у 14% женщин, кесарево сечение – у 4,7%; мертворождение имело место в 2,3% случаев, преждевременные роды – в 2,3%. Гинекологический анамнез отягощен в 4,6% случаев.

Все женщины с ВПР ЦНС были городскими жительницами (100%), среди которых домохозяйки составляли 82,5%, имели среднее незаконченное образование 58,8%, низкий социальный статус - 64,6%. Из общего числа женщин с выявленными пороками родственные браки имели 16,7% женщин. В структуре экстрагенитальной патологии более 1/3 пациенток (35,5%) страдали анемией различной степени, каждая третья (30,1%) - заболеваниями почек, каждая четвертая (21,1%) - избыточной массой тела, 4,5% - дефицитом массы тела, 6,7% - йододефицитными состояниями, 7,7% - заболеваниями органов дыхания, 3,3% - варикозной болезнью, 3,3% - миопией, 1,1% - сахарным диабетом; 6,6% женщин перенесли острую вирусную, 1,1% - коронавирусную инфекции. Гинекологические заболевания в прошлом имели 62,3% женщин, при этом воспалительные заболевания органов малого таза - 48,6%, заболевания шейки матки - 13,7%; миома матки диагностирована в 2,1% случаев.

Все беременные состояли на учете у акушера-гинеколога (100%), при этом большая

часть (54,4%) посещали врача до 4 визитов, 27,8% - 4-6 раз, 17,8% - более 4-х. Консультированы по вопросам планирования семьи 73,3% женщин. Анализом установлено, что ультразвуковой скрининг произведен в 92,2% случаев, при этом при сроке гестации 11-14 недель - 18,2%, 18-21 - 66,2%, 28-32 - 15,6%. Результаты ультразвукового исследования показали, что диагноз врожденного порока ЦНС подтвержден у 1/3 беременных (37,3%) при сроке гестации 18 - 21 недели, каждой пятой (21,6%) - в 28-32 недели, 20,4% - в 22-27 недель, 9,7% - в 33-40 недель, 8,5% - в 11-14 недель, 2,4% - в 15-17 недель. В структуре выявленной патологии в 50% случаев диагностирована гидроцефалия, в 15,5% - кисты и грыжи головного мозга, в 13,3% - shinabifida, в 11,1% - микроцефалия, в 7,8% - аэнцефалия, в 2,2% - менингоцеле. Биохимический скрининг произведен в 13,3% случаев.

Исходы беременности были следующими: из 56,6% родов перинатальная смертность имела место в 76,4% случаев: антенатальная гибель плода произошла в 42,1%, интранатальная – в 7,8%, ранняя неонатальная – в 42,1%, поздняя неонатальная – в 7,9%. Прерывание беременности до 22 недель гестации по медицинским показаниям произведено в 4,3% случаев.

Заключение. Значимыми факторами риска формирования ВПР ЦНС являются: проживание в городе, активный репродуктивный возраст, повторно- и многорождение с высокой частотой соматической и инфекционной патологии, наличие отягощенного акушерского анамнеза. Для снижения частоты ВПР ЦНС в популяции и обусловленной ими смертности и инвалидности, с целью обеспечения надлежащего антенатального ухода необходимо развивать формирование групп риска семей по возникновению ВПР, проведение комплексной пренатальной диагностики ВПР, развитие медико-генетической службы в стране, прогнозирование ВПР на этапе планирования беременности.

¹Сайдуллоев Л., ²Мерганов М.М., Сайфуллоев К.У., Сафаров И.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗА МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра урологии и андрологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республике Таджикистан»

²Отделение фтизиоурологии ГУ «Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и грудной хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить распространенность туберкулеза мочеполовых органов в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 527 историй болезни и амбулаторных карт за период 2010-2019 гг. Больные с туберкулезом мочеполовых органов из областей и районов Республики Таджикистан обследовались и проходили стационарное лечение в отделении фтизиоурологии ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и грудной хирургии» и РЦ по борьбе с туберкулезом. Мужчин было 258, женщин - 269 человек. Обследованные были в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст 41,2 года).

Результаты и их обсуждение. При анализе клинико-возрастной структуры больных в зависимости от диагноза установлено, что в Республике Таджикистан наиболее часто встречается туберкулез почек. Давность заболевания составляла от 3 месяцев до 1 года. Доля женского пола в структуре туберкулеза мочеполовых органов выше, чем мужчин. Налицо преобладание среди больных с распространенными деструктивными формами туберкулеза почек лиц старше 30 лет.

У 75 (29,0%) из всех обследованных мужчин был диагностирован поликавернозный туберкулез в сочетании с туберкулезом мочевого пузыря, их возраст варьировал от 30 до 55 лет. У женщин поликавернозный туберкулез в сочетании с туберкулезом мочевого пузыря выявлен у 95 (35,4%) из всех обследованных пациенток, возрастной ценз колебался от 35 до 55 лет.

Кавернозный туберкулез почек выявлен у 81 (31,5%) мужчины и у 97 (36,0%) женщин, все больные были в возрасте от 25 до 55 лет.

По поводу туберкулезного попикита наблюдались и проходили лечение 42 (16,4%) мужчины и 77 (28,6%) женщин, возрастная категория - от 25 до 45 лет.

Наиболее излюбленной локализацией туберкулеза у мужчин являются органы мошонки. У 57 (10,8%) пациентов был выявлен туберкулез органов мошонки, возраст больных находился в пределах от 25 до 35 лет, то есть, в наиболее трудоспособном и фертильном промежутке. Туберкулез простаты имелся у 3 (1,1%) пациентов.

По данным исследований, наибольшее количество выявленных больных были из Согдийской - 33,7% и Хатлонской - 23,9% областей республики. Самый низкий показатель по заболеваемости туберкулезом мочеполовых органов отмечен в ГБАО - 6,8%, что связано, скорее всего, с холодным климатом высокогорья. Стабильная динамика заболеваемости туберкулезом мочеполовых органов отмечается в городе Душанбе. Также необходимо отметить, что за последние годы растет число более раннего диагностирования у больных туберкулеза мочеполовых органов, что связано с повышением качества диагностики и оказания медицинских услуг в Республике Таджикистан.

Заключение. Таким образом, установлено, что в Республике Таджикистан из органов мочеполовой системы наиболее часто диагностируются деструктивные формы туберкулеза почек. Возрастная категория больных с данной патологией – это, в подавляющем большинстве, молодые, наиболее трудоспособные люди. Среди регионов Республики Таджикистан по заболеваемости мочеполовых органов туберкулезом лидирует Согдийская область.

Самадова Г.А.

ИНТЕГРАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить качество жизни и состояние здоровья лиц пожилого возраста, обслуживаемых 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, 80 и старше - 8 человек.

Изучены ряд социальных аспектов, результаты анализа крови на глюкозу, проведены ЭКГ, УЗИ, заключения осмотров специалистов.

Результаты и их обсуждение. В социальных услугах нуждались все пожилые лица – жилплощади не была 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%) человек. 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, основанного на данных

анамнеза, результатах объективного обследования, ЭКГ, заключения узких специалистов, в 89% случаев у пожилых лиц имелись данные за 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 них также влияет ряд обнаруженных заболеваний, требующих медицинского вмешательства.

Заключение. Результаты обследования состояния здоровья пожилого контингента доказывают необходимость подключения 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.

ВАЖНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ НАВЫКОВ ПО УХОДУ В РАБОТУ ПАТРОНАЖНЫХ СОЦРАБОТНИКОВ

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Обучить патронажных соцработников элементам ухода и оказанию паллиативной помощи для повышения качества жизни нуждающихся.

Материал и методы исследования. Проведено пять семинаров (28 часов) для 72 работников социальной службы г. Душанбе. 68 участников работали патронажными соцработниками, 3 были из Агентства по социальной защите населения РТ, 1 слушатель – из Министерства здравоохранения и социальной защиты населения. Возраст участников колебался от 27 до 55 лет. Только 4 участника имели специальное образование «сотрудник по социальной работе». Изучались результаты предварительного и финального тестов, баллы ролевых игр по результатам стандарт-

ного листа, планы малых групп по вопросу доврачебной помощи.

Результаты и их обсуждение. Результаты предварительного теста: ниже 70% отмечены у 62 (86%), 75% – 90% у 10 (13,8%) участника. Наивысший результат был у лиц, имеющих диплом специалиста социальной службы, педагога и медработника. Результаты ответов на вопрос: «Какие аспекты охватывают качество жизни человека/пациента» у 57 (79%) слушателей были неправильными. На вопрос: «Какие виды ухода необходимы больному», это касалось оценки качества жизни, 89% слушателей не имели правильного ответа. Результаты финального теста были следующими: 70% и выше набрал 41 человек (56,95%), меньше 70% – 31 (43,05%).

Патронажные соцработники обслуживают определенную группу населения - одиноких малоактивных стариков, детей-инвалидов, в основном первой группы. Это контингент, нуждающийся как в социальной поддержке, так и в уходе, паллиативной помощи, в экстренных ситуациях - в доврачебной помощи. Ответы на вопросы: «Дайте определение паллиативной помощи», «На какую категорию больных направлена данная помощь» отсутствовали. Баллы по стандартным листам ролевых игр по теме «Правильное общение» были высокими, а по уходу - низкими. Планы по оказанию доврачебной помощи при состояниях: простая ди-

арея, запоры - были удовлетворительными, при гипертермии - недостаточными. Ответы по оказанию помощи при гипертонии/кризе, или носовом кровотечении, или при появлении одышки отсутствовали.

Закключение. Низкий уровень знаний по оценке качества жизни пациентов, оказание первой доврачебной помощи у патронажных соцработников требует внесения данной темы в программы их усовершенствования. Благодаря умению оказывать всестороннюю помощь (психологическую, социальную, медицинскую), качество жизни категории людей, которые получают поддержку социальных служб, улучшится.

¹Сангинов Д.Р., ²Хусейнзода З.Х., ²Ниязов И.К., ²Райхонов Ф.Х.

МОТИВАЦИЯ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

¹ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить результаты своевременной диагностики и лечения меланомы кожи.

Материал и методы исследования. Проанализирована медицинская документация 26 больных, пролеченных в условиях РОНЦ Таджикистана за период с 2017 – 2019 гг. Возраст больных колебался от 20 до 89 лет, преобладали мужчины (73,1%), пик заболеваемости приходится на возраст 45 - 66 лет. Более 50% пациентов обратились к врачам в сроке более 2 лет. Манифестирующими факторами были: предопухолевые заболевания (невусы) – 23,1%, травма – 38,4%, и наследственный фактор – 7,7%. До операции диагноз верифицирован у 53,8% больных, опухоль чаще локализовалась на туловище (38,5%) и нижних конечностях (23,1%).

Результаты и их обсуждение. Различные варианты хирургического вмешательства проведены у 21 (80,8%) больного, от операции отказались 5 (19,2%) пациентов. У 8 (30,8%) больных на момент обращения выявлены метастазы, у 4 (15,4%) метастазы появились после операции в сроке до 3 лет. Отдаленные результаты прослежены в течение до 3 лет. Умерли за период наблюдения 12 (46,2%) больных, 3-летняя наблюдаемая выживаемость составила 52,1%.

Закключение. Высоким остается показатель запущенности меланомы кожи, связанный с поздним обращением и ошибками, допущенными на уровне первичного звена. Персонализированный подход при выборе методов лечения позволит улучшить ее результаты.

¹Сангинов Д.Р., ²Хусейнов И.Н., ²Ниязов И.К., ²Хасанзода М.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОНКОБОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

¹ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино».

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить особенности оказания паллиативной помощи (ПП) онкобольным в связи с пандемией COVID-19 и выработать тактику адаптации ее объема к реальной ситуации.

Материал и методы исследования. Проанализированы статистические данные догоспитальных подразделений онкологической службы республики. Паллиативная помощь оказывается в палатах ПП, дневных стационарах и мобильных бригадах.

Результаты и их обсуждение. Маршруты и объем паллиативной помощи в текущем году с учетом реальной эпидситуации в Республике по коронавирусу не изменились. Структура больных, нуждающихся в паллиативной помощи, представлена следующими группами: рак молочной железы – 50 пациентов, рак легкого – 34, рак яичников – 30, рак шейки матки – 70, рак почки – 36, рак органов головы и шеи – 24 и другие локализации – 26. В процессе наблюдения у 29 пациентов обнаружен COVID-19, который усугубил их состояние. Начиная с апреля 2020 года, отмечалось небольшое снижение обращения пациентов по поводу паллиативной помощи. Если за аналогичный период 2019 г. (март-ноябрь) паллиативную помощь получили 322 больных, то в 2020 г. – 301 больной (снижение на 7%). За 9 месяцев 2020 г. проведено 823 паллиативных

вмешательства против 1017 в 2019 г. (снижение объема на 8,9%). Догоспитальная служба определила приоритеты паллиативной помощи, включающие контингент больных с обструкциями дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, тяжелой анемией и тромбоцитопенией, с метастазами в головной мозг; плевральный и абдоминальный выпот, выраженный болевой синдром и надвигающиеся патологические переломы. У 46% пациентов в условиях пандемии отмечено ухудшение состояния, выражающееся в усилении беспокойства, депрессии, появлении страха заражения COVID-19. Часть посещений была заменена на телефонные и веб-консультации (у 26% пациентов). При необходимости коррекции паллиативной помощи сотрудники мобильной бригады выезжали на дом к больным. В реальных условиях нашей страны при невысоком уровне заболеваемости COVID-19 удается поддерживать необходимый уровень паллиативной помощи.

Заключение. В период пандемии COVID-19 в Республике Таджикистан с учетом уровня распространенности инфекции объем паллиативной помощи особенно не пострадал. В случае роста заболеваемости COVID-19 на практике должен быть реализован принцип приоритетности паллиативной помощи.

Сатаев В.У., Афанасьева О.Г.

ОПЫТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ В БАШКИРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ (УФА)

Качество медицинского образования является приоритетной задачей политики любого государства и общества, ведь от него зависит воспитание высококвалифицированного компетентного специалиста. Современное прогрессивное общество предъявляет высокие требования к медицинским кадрам, требуя от них наличия высокого уровня образования и морально-этических качеств. Новое тысячелетие со всей своей сложностью и глобальностью социальных процессов ориентирует ключевые сферы, в том числе образование, на новую модель формирования идеалов и ценностей. Медицинское об-

разование имеет свою специфику, объединяя традиционные ценности и знания с современными инновационными открытиями. Ранее действовавшая парадигма «образование на всю жизнь» уступает новой – «образование через всю жизнь».

Современная система медицинского образования основывается на концепции непрерывного образования, подразумевающая повышение квалификации врачей с использованием различных современных методик и технологий. Непрерывное медицинское образование (НМО) на кафедре детской хирургии с физической и медицин-

ской реабилитацией детей с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета осуществляется более 30 лет по специальности «Детская хирургия» для всех районов и городов Республики Башкортостан, регионов Российской Федерации и стран СНГ.

Требования к детскому хирургу самые завышенные: быть не только профессионалом своего дела, но и чутким, отзывчивым доктором, умеющим установить контакт с маленькими пациентами и их родителями. Сочетание классических программ НМО с узкотематическими позволяют углубить знания и совершенствовать профессиональные навыки по своей специальности. По программе «Острые аппендициты у детей разных возрастных групп», рассчитанной на 36 часов, рассматриваются инновационные методы хирургических вмешательств, тактика ведения больных в постоперационном периоде. Особенностью этой программы является и то, что помимо специальных знаний по своей специальности детские хирурги рассматривают вопросы этики и деонтологии. В век, когда в медицине, в частности в хирургии, появляются современные методы диагностики и лечения с использованием передовых

технологий, деонтологические вопросы приобретают новое звучание. В связи с этим было решено выделить в качестве дополнительной программы «Деонтология в практике детского хирурга», где рассматриваются темы психологического контакта с пациентами, их родственниками; взаимоотношениями с коллегами; вопросы профессионального выгорания.

НМО осуществляется по следующему проекту:

- 1) непрерывное обучение (модули, циклы);
- 2) разбор клинических случаев, решение ситуационных задач – («от знаний к действиям»);
- 3) использование дистанционных образовательных технологий.

Анализ перспективы развития НМО диктует необходимость актуализации имеющихся программ и разработки новых. НМО стало частью системы образования и подготовки медицинских кадров. Все программы имеют солидную теоретическую и эмпирическую базы, осуществляя подготовку специалиста не номинально, а практикоориентированно – совершенствуя его профессиональные навыки и умения, открывая новые знания.

Урунбоева Д.С., Гоибова З.В.

СКРИНИНГ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и характер артериальной гипертензии среди лиц с ожирением.

Материал и методы исследования. Проводился скрининг артериальной гипертензии у 89 лиц, имеющих различную степень ожирения, проходивших амбулаторное обследование в консультативно-приемном отделении РКЦК МЗиСЗН РТ. Средний возраст обследованных составил 47,2±5,3 лет. Женщин было 67 (75,3%), мужчин – 22 (24,7%).

Ожирение первой степени имело место у абсолютного большинства пациентов – 75 (84,3%) случаев, в том числе у 60 женщин и 15 мужчин. Средний индекс массы тела (ИМТ) у этой группы составил 33,7±1,4 кг/м². Ожи-

рение второй степени наблюдалось у 10 человек обследованной когорты (5 женщин и 5 мужчин), ИМТ которых в среднем составило 37,2±1,6 кг/м². В четырех случаях (2 женщин и 2 мужчин) было выявлено ожирение 3 степени и средние величины ИМТ в этой группе составила 41,1±1,7 кг/м².

У всех пациентов производилось трехкратное измерение артериального давления (АД) в состоянии покоя, на плечевой артерии в положении пациента лежа на спине или сидя в удобной позе в течение каждые 3-5 минут в обеих руках.

Результаты и их обсуждение. Результаты трехразового измерения АД показали, что различная степень артериальной гипертен-

зии (АГ) без ярких клинических признаков имела место у более половины обследованной когорты – 59 (66,3%) человек, в том числе 18 (81,8%) мужчин и 41 (61,2%) женщин. Как показали результаты нашего исследования, у лиц мужского пола АГ выявляется гораздо чаще, по сравнению с лицами женского пола ($p < 0,001$), что подтверждает имеющиеся данные о роли мужского пола, как одного из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

У большинства лиц с гипертензионным синдромом имела место АГ первой степени – 52 (91,2%) случаев. Среди них было 14 мужчин и 38 женщин. Умеренная АГ, при которой цифры систолического и диастолического АД находились в пределах 160-179 и 100-109 мм рт. ст., соответственно, имела место у остальных 7 (8,8%) лиц с гипертензионным синдромом, в том числе у 4 мужчин и 3 женщин. Необходимо отметить, что среди обследованных злокачественная гипертензия

не была диагностирована.

В зависимости от степени ожирения частота АГ выглядела следующим образом. У 75 лиц с первой степенью ожирения в 52 (69,3%) случаях имела место АГ первой степени. При второй ($n=10$) и третьей ($n=4$) степенях ожирения АГ первой степени была выявлена в 7 наблюдениях. У остальных 7 пациентов с ожирением второй и третьей степеней из-за коморбидности и множества факторов риска имела место вторая степень АГ.

Закключение. Более половины лиц, имеющих ожирение, страдают артериальной гипертензией, которая чаще встречается среди лиц мужского пола со второй и третьей степенями ожирения. В связи с этим у лиц с избыточной массой тела необходимо раннее выявление, профилактика и адекватное лечение артериальной гипертензии для избегания и нивелирования риска развития нежелательных сердечно-сосудистых катастроф.

Файзиев Ф.И.

ЧАСТОТА И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВРОЖДЁННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА ПО СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра стоматологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Отделение челюстно-лицевой и реконструктивно-пластической хирургии СОКБ им. С. Кутфидинова, г. Худжанд

Цель исследования. Изучить частоту распространенности врождённых расщелин верхней губы, альвеолярного отростка и нёба у населения Согдийской области.

Материал и методы исследования. В основу данной работы положены результаты ретроспективного анализа истории 211 больных с врождёнными расщелинами губы и нёба за период 2010-2015 годы, которые находились на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии СОКБ им. С. Кутфидинова г. Худжанда. Из общего числа больных 123 (58,3%) составили лица мужского и 88 (41,7%) - женского пола в возрасте от 1-го месяца до 22 лет.

Результаты и их обсуждение. Анализ городов и районов проживания больных с врожденной расщелиной верхней губы

и нёба показывает, что больные преимущественно являются уроженцами Б. Гафуровского района – 53 (25,02%), что, по-видимому, связано с тем, что район является самым крупным и с очень развитой промышленностью, а также хлопкосеющих районов: Зафарабадского – 22 (10,02%); Аштского – 18 (8,53%); Спитаменского – 18 (8,53%); Канибадамского – 12 (5,69%) и Дж.Расуловского районов – 11 (5,21%). Относительно большое число поступивших отмечается из Истаравшанского – 14 (6,64%) и Исфаринского 12 (5,64%) районов, что связано с большим количеством населения. Необходимо отметить, что меньшее число поступивших было из Пянджикентского и Айнинского районов, что связано, по-видимому, с их обращением в г. Душанбе (таблица).

*Распределение больных с врождёнными расщелинами
верхней губы и нёба по городам и районам
Согдийской области*

<i>Районы</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>Всего</i>
<i>Аштский район</i>	1	5	8	4	18 (8,53%)
<i>Б.Гафуровский район</i>	10	18	21	4	53 (25,02%)
<i>Район Деваитич</i>	2	6	4	1	13 (6,16%)
<i>Зафарабадский район</i>	1	2	15	4	22 (10,43%)
<i>Истаравшанский район</i>	2	4	4	4	14 (6,64%)
<i>Город Гулистон</i>	2	-	2	-	4 (1,9%)
<i>Канибадамский район</i>	1	8	2	1	12 (5,69%)
<i>Мастчинский район</i>	2	2	2	-	6 (2,85%)
<i>Ч.Расуловский район</i>	3	5	3	-	11 (5,21%)
<i>Город Истиклол</i>	1	-	2	-	3 (1,42%)
<i>Спитаменский район</i>	1	6	6	5	18 (8,53%)
<i>Город Худжанд</i>	5	4	3	-	12 (5,69%)
<i>Шахристанский район</i>	1	3	-	2	6 (2,85%)
<i>Город Бустон</i>	1	-	1	-	2 (0,34%)
<i>Кухистони Мастчоҳ</i>	-	-	-	-	-
<i>Исфаринский район</i>	-	4	5	3	12 (5,69%)
<i>Панчакентский район</i>	-		2		2 (0,94%)
<i>Айнинский район</i>	-	-	-	1	1 (0,47%)
<i>Республика Кыргызстан</i>	1	-	-	1	2 (0,94%)
Всего	34 (16,1%)	67 (31,75%)	80 (37,95%)	30 (14,25%)	211 (100%)

Заключение. Высокие показатели рожде-
ния детей с врождённой расщелиной верхней
губы и нёба в некоторых районах Согдийской

области, по-видимому, связано с развитой про-
мышленностью и хлопкосеянием в районах,
т.е. в экологически загрязнённых зонах.

Хайридинов М.Т., Сафаров З.Ш., Хайридинов Д.М.

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХО- СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Центр доказательной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Выявление лиц с высоким уровнем психосоциальных факторов риска (ФР) после перенесенной коронавирусной инфекции Covid-19.

Материал и методы исследования. Исследования были проведены среди неорганизованного населения города Душанбе по обращаемости в Центр доказательной медицины.

Репрезентативная выборка была сформирована среди лиц мужского и женского пола в возрасте от 15 до 65 лет. Всего было обследовано 300 человек. Из них мужчины составили 180 человек (60%), женщины – 120 (40%). Для изучения психоэмоционального ФР - личностной тревожности (ЛТ) и депрессии - использован сложный опросный метод путём самостоятельного заполнения анкеты. Вопросы сопровождалась перечнем фиксированных ответов. Проведено тестирование по психосоциальным методикам:

а) для оценки ЛТ предлагался бланк шкалы самооценки Спилбергера, состоящий из 20 утверждений. Для ответа на каждое утверждение предусмотрено 4 градации по степени интенсивности проявления тревожности: 1 – «почти никогда», 2 – «никогда», 3 – «часто»,

4 – «почти всегда». При анализе результатов «самооценки» имели в виду, что общая итоговая оценка могла находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов.

При этом, чем выше итоговая оценка, тем выше уровень ЛТ. При интерпретации результатов использовали следующие ориентировочные оценки тревожности: менее 30 баллов - низкая ЛТ; 31-44 балла – средняя ЛТ; 45 и более – высокая ЛТ;

б) для оценки депрессии предлагался бланк шкалы «Депрессия» (тест Морзу), состоящий из 15 утверждений. Для ответа на каждое утверждение предусмотрено 2 градации: «согласен» и «не согласен». Выраженность состояния депрессии оценивалась как низкая, средняя, высокая.

Математическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета прикладных программ статистической обработки медицинской информации SPSS, 4,5 Statistica 7,0 и электронных таблиц Microsoft Excel в соответствии с правилами вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. В случайной выборке среди лиц трудоспособного возраста каждый второй респондент подтверждён к стрессу.

*Распространенность степени выраженности стресса
среди населения обследуемых*

Степень стресса	Мужчины - 180		Женщины - 120	
Низкая	n = 25	13,9%	n = 16	13,3%
Средняя	n = 98	54,5%	n = 72	60%
Высокая	n = 57	31,6%	n = 32	26,7%

Примечание: $p < 0,05$ - достоверность различия по частоте степени риска между мужчинами и женщинами

Распространенность стресса среди лиц с различными уровнями образования, имеющими информацию о Covid-19: среди лиц с высшим образованием личностная тревожность встречалась 68-38%, со специальным образованием – 79-44% и среди лиц со средним и незаконченным образованием – 33-18%. У женщин со

средним образованием ЛТ диагностируется достоверно чаще, по сравнению женщинами, имеющими высшее образование ($p < 0,05$).

Среди женщин со специальным и средним образованием частота ЛТ выше, по сравнению с мужчинами - 60% и 54,5% соответственно ($p < 0,05$).

Распространенность личностной тревожности, как одного из показателей социального стресса, в женской популяции была выше – 87%, чем у мужчин – 63%.

В младших возрастных группах 15-20 и 21-29 лет высокий уровень личностной тревожности не выявлен.

В возрастных группах 45-54 и 55-65 лет показатель личностной тревожности был высоким – соответственно 75% и 92%.

В настоящем исследовании уровень частоты депрессии составил 72,3%.

В нашем исследовании выявлен существенный рост высокого и среднего уровней депрессии в старших возрастных группах, что, безусловно, является закономерным с точки зрения патофизиологии и реакции на стресс в условиях социально-экономического кризиса у данной возрастной категории.

Заключение. Таким образом, обследование позволило сформировать в популяции группу высокого риска личностной тревожности и депрессии для оказания первичной профилактики и реабилитационной помощи.

Хайридинов Д.М., Хайридинова Дж.

РОЛЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ

Центр доказательной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение влияния курсов доказательной медицины на качество усовершенствования последипломного образования.

Материал и методы исследования. В исследование были включены все курсанты, проходившие курсы усовершенствования последипломного образования на базе Центра доказательной медицины с 2015 г. по 2020 годы. Они условно были разделены на 2 группы: первая группа – медицинские работники со средним медицинским образованием (332 курсанта), вторая – 23 врача.

Методы обучения: одномесячные курсы последипломного усовершенствования и семинары. Форма обучения – очная. Полученное образование курсантов оценивали по следующим показателям: уровень знания; практические навыки; отношение к ДМ. В группе медицинских работников с высшим образованием улучшились данные показатели. Следующим изучаемым критерием была оценка изменения отношения курсантов к ДМ.

Слушатели курсов усовершенствования должны узнавать не только, как практиковать каждый шаг ДМ, но знать, когда сделать этот шаг и как объединить ДМ с другими задачами лечебной работы. Эти ступени ДМ напоминают изучение других сложных навыков клинических процессов, таких как сбор анамнеза и физикальное обследование.

Результаты и их обсуждение. В 2011 году на базе Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров был создан «Центр доказательной медицины» (ДМ), целью которого являлось внедрение основ доказательной медицины для курсантов по циклу усовершенствования и для проведения семинаров и конференций.

На этом цикле обучают врачей находить, критически оценивать и использовать медицинскую информацию для принятия рациональных клинических решений и создания регламентированных клинических протоколов. В подобных практических навыках остро нуждаются медицинские работники в условиях взрывного роста медицинской информации, при разработках новых лекарственных препаратов, диагностических методов и агрессивной рекламы фармацевтических компаний. Неумение проводить критический анализ повышает вероятность врачебных ошибок, нерациональных решений, что способствует снижению качества медицинской помощи.

ДМ развивалась для того, чтобы обучать врачей – курсантов необходимым навыкам работы в информационной перегруженности современной медицинской школы, в особенности, при обучении короткими программами. Курсанты должны усвоить два основных принципа ДМ: её эмпирический подход к выбору оптимальных

клинических решений и выразить решение количественно (насколько велики «польза» или «вред»).

В клинической практике отмечена положительная динамика знания курсантов, отмечалось изменение поведения слушателей после обучения основам ДМ, навыкам, критической оценки медицинской литературы и информации. Было выявлено повышение уровня знаний.

Таким образом, исследование показало, что обучение на курсах усовершенствования по вопросам ДС улучшает навыки критической оценки, интегрирование знания в практическую деятельность, а также изменяет личное отношение медперсонала к ДМ.

Приведённые факты в программах последипломного обучения позволяют сделать вывод, что, отчасти, причины увеличения посещаемости и активности на семинарах и курсах, организованных в рамках последипломного образования, кроются в том, что ДМ обучает критической оценке медицинской литературы и делает акцент на использовании первичных исследований, а терминология ДМ широко используется популярной прессой.

Заключение. В последипломном обучении медицинского персонала одним из необходимых и эффективных методов являются курсы усовершенствования. В фокусе учебной программы ДМ помимо врачей должны быть как преподаватели, так интерны и ординаторы.

*Халимова З.С., Махмадзода Ш.К., Абдурахманова Н.А.,
Зиёзода М.Р., Азамова М.С.*

МИОПИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ГОУ «ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБН СИНО»

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Выявление причин распространённости миопии среди студентов первого и четвертого годов обучения в Государственном образовательном учреждении «ТГМУ им. Абуали ибн Сино».

Материал и методы исследования. Нами был проведён ретроспективный анализ медицинских карт 3129 студентов всех факультетов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», учащихся на первом и четвертом курсах (из них 1687 девушек и 1442 юношей) в 2019-2020 учебном году. Средний возраст составил $22 \pm 0,3$ года. Количество студентов первого курса составило 1878 человек, пятого курса - 1251.

Всем студентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, включающее в себя: визометрию вдаль и вблизи (проверка остроты зрения), рефрактометрию (объективное определение рефракции), подбор очковой коррекции. Также было проведено анкетирование, в котором студенты указывали время, затраченное на подготовку к занятиям, и время, затраченное на гаджеты (телефон, планшет, компьютер) помимо подготовки к занятиям.

Результаты и их обсуждение. Проведённые исследования показали, что из 1878

человек у 249 студентов первого года обучения (13,2%) выявлена миопия различных степеней. Из них 183 (9,7% - от общего количества студентов первого года обучения) имели миопию слабой степени, 45 (2,4%) - средней степени и 21 (1,1%) - миопию высокой степени. Градация степеней миопии была проведена следующим образом: слабой степени от -0,5 до -3,0 диоптрий (так как -0,25 диоптрий практически не приводил к снижению остроты зрения), средняя от -3,25 до -6,0 диоптрий и высокая от -6,25 диоптрий и выше. Снижение остроты зрения учитывалось, начиная с 0,8.

Из 1251 студентов четвёртого курса у 521 студента (41,7%) была выявлена миопия. Миопия слабой степени диагностирована у 338 (27%), средней степени - у 127 (10,2%), высокой степени - у 56 (4,5%).

Распространённость миопии среди студентов 1 курса составила 132,6, у четвёртого - 416,5. Время, затраченное на подготовку к занятиям на первом курсе, составило, в среднем, 140 минут, на четвёртом курсе - 70 минут. Однако время, затраченное на гаджеты на первом курсе, было, в среднем, 90 минут, на четвёртом - 220 минут.

Заключение. Причиной увеличения распространённости миопии у студентов 4 курса можно считать длительную зрительную нагрузку, которая не всегда связана с подго-

товкой к учебному процессу. Необходимо рекомендовать студентам сократить время использования гаджетов для предотвращения прогрессирования миопии.

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

К 20-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ №2

Кафедра семейной медицины Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценка положительных и отрицательных сторон 20-летней деятельности кафедры, повышение качества подготовки семейных врачей, улучшение оказания первичной медико-санитарной помощи населению.

Материал и методы исследования. В целях ускорения процесса перехода к семейной медицине и подготовки семейных врачей (более 1500) для Согдийской области по инициативе МЗ Республики Таджикистан, Управления здравоохранением Хукумата Согдийской области в 2000 году, приказом ректора ТИППМК от 16.12.2000 г. параграф 1, за № 44 была организована кафедра семейной медицины №2 ТИППМК г. Худжанда (ныне Кафедра семейной медицины Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ).

Результаты и их обсуждение. Тогда, в 2001 г. в Согдийской области при организации кафедры не было ни одного обученного специалиста по семейной медицине. Первыми преподавателями на кафедре были 6 грамотных специалистов, имеющих большой трудовой стаж и глубокие знания по различным областям медицины, но не имеющие опыта в семейной медицине.

Поэтому перед началом учебного процесса в 2001 году все преподаватели прошли краткосрочные курсы по основам семейной медицины и новым подходам к обучению взрослых, организованные в г. Душанбе при кафедре семейной медицины ТИППМК. Повышение уровня знания педагогов кафедры по актуальным вопросам семейной медицины в последующем проводилось также на семинарах, организованных проектами Здрав Плюс, ЮСАИД, Сино, АЭД, Сомони в г. Душанбе, Бишкек, Кайракум, Худжанд.

Подготовка семейных врачей в 2001-2005 гг. проводилась по 6-месячной 23-модульной

программе, причем 7 из них (модули: хирургия, неотложная помощь, здоровье женщин, здоровье детей, ИВБДВ, часто встречающиеся заболевания взрослых, введение в семейную медицину, общественное здравоохранение) вели основные ассистенты кафедры. А остальные 16 модулей, в том числе инфекционные болезни, неврология, ЛОР, офтальмология, дерматовенерология, психиатрия, туберкулез, проводили совместители (почасовая оплата) - врачи-специалисты из второго уровня.

Тогда занятия велись традиционным методом. Курсантов ротировали по клиническим базам, и каждый специалист проводил свой модуль. Контроль уровня знаний слушателей проводился только тестированием. Практические навыки оценивались традиционным - устным - опросом.

Следует отметить, что специалисты из стационарных учреждений г. Худжанда проводили занятия в отрыве от первичного звена, уровень и объем знаний, получаемых слушателями, не отвечал принципам семейной медицины и требованиям квалификационной характеристики семейного врача.

Учитывая низкую эффективность традиционных методов обучения, использования специализированных стационаров для обучения, коллектив кафедры шёл к поиску новых образовательных технологий для подготовки специалистов-тренеров по семейной медицине. Так, в 2002-2003 и 2005-2006 годах восемь ассистентов кафедры прошли 11-месячную первичную специализацию преподавателей семейной медицины в г. Бишкеке и г. Душанбе. С 2006 г. все модули обучения проводятся на клинической базе кафедры преподавателями, прошедшими 11-месячные курсы переподготовки преподавателей по семейной медицине.

В дальнейшем, по мере достаточного оснащения современными технологиями, на кафедре были широко внедрены новые инновационные методы обучения. Так, с 2004 на кафедре в конце каждого модуля клинических дисциплин (18) проводится контроль практических навыков слушателей с помощью метода ОСКЭ. Заключительный экзамен включал 10 станций ОСКЭ и 200 - 414 тестов.

На кафедре внедрена самая современная методика преподавания – интерактивный метод. Большое внимание уделяется коммуникативным навыкам, вопросам медицинской психологии, внедрению принципов семейной медицины по формированию и укреплению здоровья, здорового образа жизни, профилактики заболеваний, повышению личной ответственности пациента за свое здоровье.

Новые инновационные методы клинического обучения практиковались в 2006-2010 гг. при подготовке 114 семейных врачей на

межрайонных базах кафедры – в г. Канибадаме (68), Истаравшане (28) и Панчакенте (16), что в свою очередь позволило сэкономить средства, с одной, и повысить качество образования врачей – с другой стороны.

На протяжении 20 лет кафедра на 6-месячных очных циклах специализации подготовила более 450 семейных врачей из числа практикующих терапевтов и педиатров, имеющих определенный практический опыт работы в амбулаторно-поликлиническом звене города Худжанда и районов.

Заключение. Таким образом, многолетний педагогический опыт работы кафедры свидетельствует о неадекватности традиционных методов обучения. Внедрение инновационных методов в обучающий процесс показал их высокую эффективность, способствующий ускорению внедрения института семейной медицины и повышению качества медицинского обслуживания населения нашей области.

Хамиджанов Э.Х., Турдалиева Ч.Э., Хамиджанов Б.Э., Хамидов А.А.

К РОЛИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ЛЕЧЕНИИ COVID-19

Кафедра семейной медицины Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Показать роль первичного звена медицинской помощи в профилактике распространения, выявления и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты проведения санитарно-эпидемических, диагностических и лечебных мероприятий одного семейного врача, обслуживающего 710 семей, с населением 2000 человек, за период январь - декабрь 2020 года.

Взрослых было 1360, детей – 640. Мужчин - 850, женщин - 1150, в том числе женщин репродуктивного возраста - 464.

Санитарно-эпидемические мероприятия проводились поэтапно. Так, в январе 2020 года, когда из г. Уханя провинции Хубей инфекция распространилась во многие страны и ситуация приобрела характер пандемии, возникла необходимость обратного возвращения по месту жительства граждан Таджикистана из Китая. Это обстоятельство

могло способствовать заносу инфекции в нашу страну.

В этот период семейный врач и семейная медицинская сестра усиленно работали среди населения закрепленного участка. Проводилась разъяснительная работа по важности соблюдения личной гигиены, дистанции при общении в домашних условиях и в общественных местах, необходимости режима ношения защитных масок, а в случае появления первых симптомов заболевания не посещать Центр здоровья, а сообщать по телефону семейному врачу. Для этого у входа в каждый дом, в каждой семье раздавались и расклеивались листовки о том, куда обращаться в случаях появления характерных симптомов, с указанием номеров телефонов семейного врача, семейной медицинской сестры и лечебного учреждения.

Результаты и их обсуждение. За период апрель - декабрь месяцы 2020 года зарегистрировано 66 случаев COVID-19 среди 2000 (0,033%) наблюдаемого населения. Мужчин было 28,

женщин - 38 человек. Детей 5-9 лет было 5. 55 больных наблюдали и лечили в домашних условиях, 11 госпитализировали в специализированные лечебные учреждения. 37 больным диагноз устанавливали на основании клинических, рентгенологических данных. У 29 больных диагноз подтвердился лабораторно полимеразной цепной реакцией (ПЦР).

Проводились измерения температуры тела (66), частоты дыхания (66), пульса (66), пульсоксиметрия (66), АД (66), по показаниям - рентгенография грудной клетки (54), лабораторное определение РНК вируса COVID-19 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) (29), время свёртывания крови по Ли-Уайту (66).

У 40 больных выявили склонность к гиперкоагуляции (ВСК<4 мин), сатурация оксигемоглобина у 57 больных была выше 95%, у 9 больных - 93%.

Температура тела у 17 больных была в пределах 36,6-37° С, у 36 больных - 37,5-38° С и у 8 - 38,1-38,5° С.

У 22 больных в возрасте до 60 лет (17) и старше 60 лет (5) наблюдались сопутствующие заболевания - артериальная гипертензия - 20, ишемическая болезнь сердца - 8, сахарный диабет 2 типа - 7, ожирение 1-3 ст. - 9, бронхиальная астма - 1.

Всем больным в домашних условиях обеспечивалась изоляция, обслуживающим лицам - меры индивидуальной защиты. Лечение проводилось согласно временным руководствам Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (от 27.03.2020 г.; 5.09.2020 г.), приказа МЗиСЗН РТ № 936 от 24.11.2020 г.

Выздоровление наступило у 55 наблюдавшихся в домашних условиях, умерло 2 из 11 госпитализированных больных в возрасте 69 лет с сопутствующими заболеваниями: ИБС, артериальная гипертензия 3 ст., риск 4, ожирение (ИМТ>40 кг/м²).

Заключение. Таким образом, первичное звено медицинской помощи, на которое ложится основная нагрузка по первому контакту с пациентом, проведение санитарно-эпидемических мероприятий, повышение ранней осведомленности населения о необходимости инфекционной настороженности, решение проблем, беспокоящих больных в домашних условиях, без посещения центра здоровья предупреждают распространение инфекции в регионе.

Шарипов А.А., Муҳиддин Н.Д., Сафаров З.Ш., Бойбобоев А.А.

АҲАМИЯТИ ҲАМҚОРИҶОИ БАЙНИСОҲАВӢ ВА БАЙНИДАВЛАТӢ ДАР ПЕШГИРӢ ВА ТАБОБАТИ COVID -19

Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши омили нишондоди сироятбӣ ва фавт аз коронавирус дар ҷаҳон, минтақа ва Ҷумҳурии Тоҷикистон, омилҳои натиҷабахши пешгирӣ ва табобати COVID-19.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили маълумотҳои омори ва адабиёти то ин дам аз ҷониби муҳаққиқон оид ба пешгирӣ ва табобати COVID-19 таҳиягардида, инчунин таҳқиқи ҳамкориҳои муштарақ ҳамчун омилҳои самарабахш дар раванди мубориза бо сирояти мазкур.

Натиҷаи таҳқиқот. Аз давраи бақайдгирии COVID-19 он зиёда аз 218 мамлакати сайёра фаро гирифта то 20 майи соли 2021-

ум 165549323 нафар сироятёфта, 144569322 (87,32%) нафар табобат гирифтанд, 3431495 (2,07%) нафар бо фавт ва 17548506 (10,60%) бошад дар қайд мебошанд.

Бо бехтар шудани натиҷаи табобату пешгирии зуқом нигоҳ накарда COVID -19 оғози асри XXI аз ҳама ҳодисаи фоҷиабор доништа шуд, ҷони зиёда 3431495 нафаронро рабуда, зарари беандозаи иқтисодӣ, сиёсӣ-фарҳангӣ қариб ба ҳамаи давлатҳои дунёро ба миён овард. Ҳоло ҳам авҷи беморӣ дар аксари кишварҳо паст нашуда сироятбӣ, фавт ва дигар оқибатҳои вазнин давом доранд. Гарчанде дар бисёр давлатҳои Осиё, Аврупо ва Амрико эмгузаронӣ чараён дошта бо-

шад, ҳам (631485765 миллион эмгузаронӣ) ҳолатҳои сироятбӣ чандон коҳиш наёфта, штаҳои нави COVID -19 пайдо шуда истодаанд, ба мисоли Туркия ва Ҳиндустон, ки ҳамарӯза зиёда аз 50000 то 300000 нафарон аз COVID-19 саломатиашонро бой медиҳанд. (3,4)

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон новобаста аз он ки ҳолатҳои аввалин сироятбӣ дар байни аҳоли 30 апрели соли 2020 ба қайд гирифта шуда буд, бо мақсади пешгирӣ аз воридшавии беморӣ ба кишвар, аллақай аз 20 январи соли 2020 дар назди Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоӣ аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон Ситоди доимоамалкунанда ва гурӯҳи зудамали мобилӣ таъсис дода шуд. Бо Амри Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 18 марти соли 2020, № 1365 дар назди Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон Ситоди ҷумҳуриявӣ оид ба пурзур намудани чораҳои зиддиэпидемикӣ барои пешгирии интиқол ва пайдоиши сирояти нави коронавирус (COVID-19) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти роҳбарии Сарвазири Ҷумҳурии Тоҷикистон таъсис ёфт. (1,2)

Дар шаҳри Душанбе, марказҳои вилояти Суғду Хатлон, ВМКБ, НТЧ ва 14 санаторияву курортҳо аз нав ҷиҳозонида шуда, ба муассисаҳои муваққатии зидди эпидемикӣ-карантинӣ табдил дода шуданд. Дар мамлакат вобаста ба равандҳои хоси эпидемиологӣ карантини сабук эълон гардида, шуруъ аз 14 марти соли 2020 марзҳои ҳавой ва заминӣ ҳамчунин нуқтаҳои хуроки умумӣ, мактабҳои миёна ва олий, боғчаҳои кӯдакона ва масҷидҳо баста шуданд. (1) Дар доираи ҳамкорӣ бо ТУТ, шарикони рушд, Хазионаи Оғохон, Федератсияи Россия, Ҷумҳурии Мардумии Чин ва дигар давлатҳои Осиё ва Аврупо ҳамчун кӯмаки башардӯстона зиёда аз 200000 тестҳои таҳлиси, бештар аз 40 тонна, 390 номгуи маводҳои муҳофизатӣ, маводҳои доруворӣ зиддимикробӣ зиддивирӯсӣ, дастгоҳҳои нафасдиҳии сунъӣ, дастгоҳҳои таҳлиси ва дигар лавозимоти тиббӣ ба маблағи 94 182 171 сомонӣ ворид карда шуд. Инчунин аз ҷониби Бонки ҷаҳонӣ 11,2 млн. доллари ИМА барои таъсиси шӯъбаҳои таъботати интенсивӣ ва пардохти кӯмакҳои унвонӣ, аз тарафи Бонки Осиёи рушд 1,982 млн доллар барои маводҳои худмуҳофизатии шахсӣ, аз тарафи Бонки исломӣ рушд 350 000 доллари ИМА барои маводҳои худмуҳофизатӣ ва Бонки рушди ТУТ 300000 доллари ИМА барои таъсиси маркази иттилоотӣ вокуниши фавқулода ва маводҳои худмуҳофизатӣ ҷудо гардиданд. Ҳамчунин 11 лабораторияҳои вирусологӣ, озмоишгоҳҳои муассисаҳои

давлатӣ ва хусусӣ барои таҳлиси ин беморӣ фаро гирифта шуданд. Ҳамзамон дар доираи ҳамкорӣҳои судманди дӯстона бо Ҷумҳурии Ўзбекистон ба шаҳри Душанбе 144 контейнери махсуси тиббӣ якҷо бо таҷҳизоти зарурии тиббӣ бо мақсади фаъолияти беморхонаи муваққатӣ оид ба таъботати сирояти коронавирӯсӣ дастрас карда шуд.

Аз ҷониби Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон тибқи фармони Президенти мамлакат аз 1 майи соли 2020, №1378 аз ҳисоби фонди захиравӣ барои иловапулӣ ба музди меҳнати кормандони соҳаи тиб, ки ба таҳлис ва таъботати COVID-19 сафарбар гардида буданд ба маблағи 12416250 сомонӣ равона гардид. Ғайр аз ин 1,6 миллиард сомонӣ аз ин ҳисоб ҷудо гардида барои дастрасии таҷҳизоти тиббӣ монанди томмографи компютерӣ, магнитӣ-резонансӣ, ултрасадоӣ, озмоишӣ, дастгоҳ барои нафасдиҳии сунъӣ, маводи доруворӣ ва лавозимоти тиббӣ имконият фароҳам овард. (1,2) Бояд махсус қайд намуд, ки чораҳои саривактӣ Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, дастгирӣ ва ҳамкорӣ бо ТУТ, шарикони рушд, Давлатҳои Чин, Федератсияи Россия, Ўзбекистон, Амрико, давлатҳои Аврупо, Ҳиндустон, Ҷумҳурии Исломии Эрон, Аморти Муттаҳиди Араб, Давлати Кувайт ва дигар давлатҳо боиси паст шудани авҷи сироятбӣ ва фавт дар Тоҷикистон аз COVID-19 гардид ва натиҷаи ин талошҳо буд, ки мавҷи сироятбӣ аз санаи 16 майи соли 2020 ба пастравӣ шурӯ намуда, то аз санаи 15 июни соли 2020 ҳолати эпидемиявӣ охишта-охишта муътадил гашт.

Бояд қайд намуд, ки МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон” аз рӯзҳои аввали амалисозии чораҳои зиддиэпидемикӣ дар доираи салоҳияти худ саҳми бевосита гузошта истодааст. Аз ҷумла бо мақсади баргузор намудани давраҳои омӯзишӣ вобаста ба масъалаҳои муоина, таҳлис ва таъботати сирояти нави коронавирӯсӣ (COVID-19) барои мутахассисони муассисаҳои таъботатӣ пешгирии кишвар ва расонидани кӯмаки тиббӣ машваратӣ аз ҳисоби омӯзгорони кафедраҳои дахлдори донишкада гурӯҳҳои корӣ тартиб дода, онҳоро ба шаҳру ноҳияҳои малакат сафарбар намуд.

Дар ин замина аз ҷониби ҳайати омӯзгорон 2550 нафар мутахассисон, аз ҷумла дар муассисаҳои таъботатӣ пешгирии шаҳри Душанбе 880 нафар (752 нафар табибон ва 182 нафар кормандони миёнаи тиббӣ), дар муассисаҳои таъботатӣ пешгирии вилояти Хатлон 349 нафар (316 табибон ва

33 нафар кормандони миёнаи тиббӣ) ва дар муассисаҳои тандурустии шаъру ноҳияҳои вилояти Суғд 1321 нафар (486 нафар табибон ва 835 нафар ҳамшираҳои тиб) ба омӯзиш фаро гирифта шуданд.

Инчунин 104 нафар ординаторони клиникӣ ва табиб-интернаҳо баъди омӯзиш барои фаъолият дар муассисаҳои муваққатии карантинӣ ва махсусгардонидашуда ва ҳамчун гуруҳҳои ихтиёрӣ барои пешгирии ин сироят ба шаҳру ноҳияҳои кишвар фиристонида шуданд.

Дар баробари ин кормандони кафедраи бемориҳои сироятӣ ва кафедраи эпидемиология, бехдошт ва ҳифзи муҳити зист бо курси микробиология ва вирусологияи донишқада ҳамкориро бо Донишгоҳи колумбиягии ҳамкорӣ (ICAP) ба роҳ монда, давраҳои омӯзиширо барои мутахассисони дорои маълумоти олий ва миёнаи касбии муассисаҳои тиббӣ санитарии ноҳияҳои пилотии мамлакат баргузор намуданд. То ин давра дар ҷараёни ин ҳамкорӣ 939 нафар мутахассисони шаъри Душанбе (104 нафар табибон ва 835 нафар кормандони миёна), 330 нафар мутахассисони шаҳру ноҳияҳои вилояти Хатлон (115 табибон ва 215 нафар кормандони миёна), 203 нафар мутахассисони шаъру ноҳияҳои вилояти Суғд (90 нафар табибон ва 133 нафар кормандони миёна) ва 87 нафар кормандони миёнаи тиббии муассисаҳои тиббии ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ ба омӯзиш фаро гирифта шуданд, ки ин шумора 1569 нафарро (309 нафар табибон ва 1260 нафар кормандони миёна тиббӣ) ташкил менамояд.

Илова бар ин дар ҳамкорӣ бо Ташкилоти ҷамъиятии ҷумҳуриявии “Афиф” дар доираи лоиҳаи «Тақвияти иқтисодии хизматрасонии тиббии муассисаҳои пени-тенсиярӣ оид ба пешгирӣ, ташхис, табобати сирояти коронавируси COVID-19 ва таъмини назорати самараноки сироятӣ дар СРИЛБ Вазорати адлияи Ҷумҳурии Тоҷикистон» аз тарафи кормандони кафедраи бемориҳои сироятӣ ва кафедраи анестезиология ва реаниматологияи донишқада 10 нафар кормандони муассисаҳои системаи пени-тенсиярӣ ба омӯзиш фаро гирифта шуданд.(1)

Ҷолиби қайд аст, ки дар рӯзҳои аввали мавҷи болоравии паҳншавии сирояти COVID-19 дар кишвар дар ҳамкорӣ бо Коммерсбонки Тоҷикистон Маркази машваратӣ табобатиро (Рақами 311) ташкил намуд, ки дар давоми 3 моҳи фаъолияти шабонарӯзии марказ 55 нафар кормандони баландхаттисоси донишқада ба зиёда аз 76000 нафар шаҳрвандони мамлакат кӯмаки машваратӣ табобатӣ расониданд.

Пандемияи COVID-19 ҳамчун офати умумибашарӣ бори дигар нишон дод, ки системаи тандурустии қариб ҳамаи давлатҳо, аз ҷумла Ҷумҳурии Тоҷикистон омодагии нокифоя бо чунин хатарро доранд. Дар баробари нокифоягии кафолати давлатӣ нисбати хизматрасонии босифати ҳозиразамон, сифати раванди иттилоотӣ ба ҷорабиниҳои бехдоштӣ-зиддиэпидемикӣ гузаронидашаванда низ шартӣ зарурӣ аст. Инчунин баръало нарасидани мутахассисони тиббӣ-бехдоштӣ ба назар расида, моҳияти мутахассисон ба монанди сироятшинос, реаниматолог, пульмонолог, эпидемиолог ва вирусолог баланд гардид. Мубориза зидди COVID-19 бе гуфтугу тақозои дастаҷамъии амалии байни давлатиро дар самти тандурустӣ, ҳамфикрӣ ва масъулияти муштарак барои бехатарии саёраи заминро дорад. Системаи миллии тандурустии давлатҳои дунёро лозим аст, то барои пешгирии ҳаргуна пандемия омода бошанд, ҳаматарафа табиати штамҳои нави коронавирусо омӯзанд, усулҳои самараноки ҷорабиниҳои бехдоштӣ ва зиддиэпидемикиро коркард намуда, системаи глобалии назорати онро таъсис диҳанд. Шаҳрвандон бошанд ҳатман ҷораҳои бехдоштӣ, монанди истифодаи ниқоб, маводи антисептикӣ ва фосилаи иҷтимоиро риоя намоянд. Бо дарназардошти қатъ нагардидани хатари пандемия дар аксарияти кишварҳои дунё, ба маврид аст то суҳанони Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмонро ёдовар шавем “Саломатии инсон-неъматӣ бузург, яке аз омилҳои муҳим дар таъмини солимии миллат, бехатарии миллӣ ва рушди иҷтимоӣ мебошад”.

Хулоса. Таҷрибаи Ҷумҳурии Тоҷикистон нишон дод, ки ҷораҳои саривактӣ бехдоштӣ ва зиддиэпидемикӣ бо ҷалби сохторҳои давлатӣ, ғайридавлатӣ, иттилоотӣ воқеъӣ, истифодаи хусусиятҳои хоси миллӣ, ҳамкорӣ ва дастгирии соҳаҳои гуногуни кишвар, инчунин шарикони рушд, ташкилотҳои байналмилалӣ минтақавӣ ва дигар давлатҳои хайрхоҳ аз ҷумлаи омилҳои самарабахшӣ табобат ва пешгирии паҳншавии COVID-19 ҳисоб меёбанд. Ғайр аз ин дар баробари самтҳои гуногун ва афзалиятноки амалисозии дастурамал ва протоколҳои таҳиягардида, бешубҳа масъалаи омӯзиш, баланд бардоштани савияи дониш ва малакаи амалии кормандони соҳаи тандурустӣ нақши муҳим бозида, ба роҳ мондани ҳамкориҳои муштарак байни муассисаҳои таълимии соҳа бо ташкилотҳои ҷамъиятӣ ва шарикони рушд дар ин самт натиҷаҳои самарабахш ба бор меоваранд.

РАЗДЕЛ II

ТЕРАПИЯ

¹Ахунова Н.Т., ¹Холова З.У., ²Муниева С.Х., Холов С.С.КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОЙ ИНФЕКЦИИ
COVID-19 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ¹Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПО СЗ РТ²Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПО СЗ РТ

Цель исследования. Провести анализ клинической характеристики больных с подозрением на COVID-19 по данным обращаемости в круглосуточный «Колл-центр 311- 24/7».

Материал и методы исследования. По данным обращаемости больных с подозрением на COVID-19, был проведен клинический анализ 500 обратившихся в Колл-центр 311 со всех регионов Республики Таджикистан с мая по ноябрь 2020 года. Средний возраст на период обращаемости составил 46±12 лет, соотношение мужчин к женщинам было 2:1, мужчин было 288 (57,6%), женщин - 212 (42,4%).

92% прошли инструментальные исследования (Р-графия легких, КТ-легких, ЭКГ), 62% больных прошли лабораторную диагностику, такие как общий анализ крови, СРБ, ССК, фибриноген, протромбиновое время, глюкоза крови, анализ на витамин Д, специфические тесты для определения COVID-19 прошли 25% больных, а также пульсоксиметрию.

Результаты и их обсуждение. Из клинических жалоб отмечалась лихорадка у 192 (38,4%), сухой кашель у 282 (56,4%), кашель с

выделением мокроты у 189 (37,8%), одышка у 88 (17,6%), затруднение дыхание у 67 (13,4%), боль в грудной клетке, в межлопаточной области у 412 (82,4%), чувства потери вкуса и обоняния у 362 (72,4%), боль, миалгии у 172 (34,4%), общая слабость, утомляемость у 293 (58,6%), головная боль у 120 (24%), боль в горле у 332 (66,4%), невроты у 87 (17,4%) больных.

По данным клинко-инструментального исследования у 257 (51,4%) человек была зарегистрирована бронхопневмония, у 83 (16,6%) - правосторонняя нижнедолевая пневмония, у 67 (13,4%) - двухсторонняя нижнедолевая пневмония с эффектом матового стекла, у 93 (18,6%) зарегистрирован хронический бронхит.

Заключение

У пациентов молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний новая инфекция COVID-19 в большинстве случаев поражает верхние дыхательные пути (горло, бронхи). КТ была и остается достоверным источником для определения наличия и выраженности COVID-19. Новая инфекция COVID-19 может в 58% протекать бессимптомно (без лихорадки) или со слабовыраженными клиническими симптомами.

Ахунова Н.Т., Холова З.У., Сафаров З.Ш., Сунъатуллоев Д.С.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ COVID-19
У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПО СЗ РТ

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости коморбидных состояний у

больных с различными ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материал и методы исследования. В исследование включено 26 больных с различными ревматическими заболеваниями (РЗ), состоявших на амбулаторном учете, и больные, находившиеся на стационарном лечении в ревматологическом отделении НМИЦ «Шифобахш» в период апрель-октябрь 2020 г., у которых развилась новая коронавирусная инфекция COVID-19. Средний возраст больных составил 46 ± 6 лет, длительность РЗ - 8 ± 4 года.

Все больные проходили общеклинические (общ. анализ крови, общ. анализ мочи), биохимические исследования крови (СРБ, ССК, протромбиновое время, фибриноген, мочевиная кислота, креатинин, мочевиная, сахар крови), специфические тесты для определения COVID-19, инструментальные методы исследования (Р-графия легких, КТ легких, ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ внутренних органов, пульсоксиметрия).

Лечение в 96% случаев больные получали дома в соответствии с протоколами лечения COVID-19, в 4% случаев больные лечились стационарно, где получали базисную терапию, антикоагулянты, противовирусную, антибактериальную и симптоматическую терапию. В 2% случаев больным проводили мини-пульс терапию метилпреднизолоном (500 мг) в сочетании с гепаринотерапией, цитостатиками (циклофосфан 400 мг/нед).

Результаты и их обсуждение. Из 26 обратившихся больных ревматоидный артрит был отмечен у 8 (30%), остеоартрит - у 13 (50%),

подагра - у 3 (11,5%), СКВ - у 2 (7,6%), узловатая эритема - у 1 (3,8%). Из сопутствующих заболеваний у 7 (27%) имелась артериальная гипертензия, у 10 (38,4%) - метаболический синдром, у 1 (3,8%) - ХОБЛ, у 4 (15,3%) - хронический пиелонефрит, у 1 (3,8%) - сахарный диабет, у 3 (11,5%) - хронический гастродуоденит.

По данным исследования на COVID-19, у 16 (61,5%) выявлен хронический бронхит, у 6 (23%) - правосторонняя нижнедолевая пневмония, у 3 (11,5%) - интерстициальная полисегментарная пневмония, у 1 (3,8%) - двусторонняя нижнедолевая пневмония. Из клинических жалоб лихорадка отмечалась у 8 (30%), утомляемость - у 12 (46%), ощущение тяжести в грудной клетке - у 12 (46%), одышка - у 7 (27%), миалгии - у 18 (69%), диарея - у 4 (15,3%) пациентов.

Заключение

Коморбидные состояния, такие как метаболический синдром, сердечно-сосудистая патология, сахарный диабет, отягощают течение новой инфекции COVID-19. При системных ревматических заболеваниях с поражением жизненно важных органов при COVID-19 оправдано применение высоких доз ГКС и иммунодепрессантов/цитостатиков. При тяжелых респираторных симптомах применение НПВП следует прекратить. Больные с ревматическими заболеваниями, в особенности глюкокортикозависимые, с учетом профилактики новой инфекции COVID-19 должны постоянно получать дезагрегантную терапию.

Байбабаев А.А., Шарипов Н.А., Камолов И.К., Алибаева М.И.

О СОМАТИЗАЦИИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

Кафедра психиатрии и наркологии ГОУ ИПОвСЗРТ

Цель исследования. Изучить частоту обращения больных с пограничными психическими расстройствами к врачам общей медицинской практики.

Материал и методы исследования.

Нами проведено клинико-динамическое и статистическое исследование историй болезни 63 больных с пограничными психическими расстройствами, пролеченных в дневном стационарном отделении Республиканского клинического Центра психиатрии.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что не отмечалось ни одного случая, когда больной с пограничными психическими расстройствами в первую очередь не обращался бы за медицинской помощью в общесоматическую сеть (семейному врачу, кардиологу, пульмонологу, невропатологу, терапевту, гастроэнтерологу, эндокринологу и др.).

Из 63 обследованных больных у 37 (58,7%) врачами общемедицинской сети

были выявлены различные соматические заболевания (диффузный зоб, гипертоническая болезнь, гастриты, гастродуодениты), однако от длительно проведенной симптоматической терапии эффекта не отмечено. Остальным 26 (41,3%) пациентам со стороны врачей общемедицинской сети диагнозы были выставлены синдромально (астено-невротический синдром, вегето-сосудистая дистония, синусовая аритмия, тахикардия, эзофаго-рефлюксный синдром, кардиалгии, невралгии и т.п.).

Несмотря на отсутствие эффекта от проводимой терапии, пациенты продолжали обращаться к одним и тем же или к следующим вышеперечисленным специалистам многократно повторно. Чаще всего пациенты предъявляли жалобы на учащенное сердцебиение, повышение кровяного давления, головные боли, чувство удушья, нехватки воздуха, неприятные ощущения в грудной клетке, в животе, боли в эпигастральной или поясничной областях, онемение рук и ног. Поскольку в первую очередь пациенты обращали внимание врача на соматические симптомы, их жалобам на тревогу, страх за свое здоровье, подавленное настроение особого значения не придавалось. Традиционно, преобладающее большинство пациентов (51 больной - 80,9%) наряду с лечением в медицинских учреждениях обращались за помощью к религиозным обрядам.

Анализ частоты обращений показывает, что она составляет от 2 до 10 к одному и тому же специалисту, чаще к кардиологам, терапевтам и эндокринологам. Естественно, после многомесячных, чаще многолетних хождений по различным специалистам и незаконным врачевателям пациенты оказы-

вались в поле зрения врача-психиатра. Из общего числа больных у 29 (46,0%) выявлены тревожно-фобические расстройства, у 23 (36,5%) - панические расстройства, у 9 (14,3%) - обсессивно-компульсивные расстройства, у 2 (3,2%) - циклотимия. Следует отметить, что у всех 63 пациентов диагностирована сопутствующая неврастения, у 46 - сопутствующее депрессивное расстройство.

После проведения терапии транквилизаторами и антидепрессантами с учетом клинических проявлений пограничных психических расстройств пациенты отмечали значительное улучшение самочувствия.

Заключение. Таким образом, поскольку депрессивные расстройства имеют тесную клинко-патогенетическую связь со многими хроническими соматическими заболеваниями, обусловленную влиянием общих дистрессовых механизмов, психические расстройства существенно влияют на динамику и прогноз соматической патологии, приводя к снижению качества и продолжительности жизни. Данное обстоятельство подчеркивает необходимость тесного сотрудничества врачей общемедицинской сети с врачами-психиатрами как по вопросам дифференцировки соматизации тревоги и депрессии в рамках пограничных психических расстройств, так и совместного лечения сопутствующей соматическому заболеванию тревоги и депрессивных состояний. Своевременная диагностика и адекватное лечение пограничных психических расстройств, а также психических симптомов, обусловленных соматической патологией, имеет несомненную профилактическую значимость, приводит к значительному улучшению качества и продолжительности жизни больных.

Баротова Б.Х., Тоиров М.Г., Турсунов Х.Д.

СЛУЧАИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ БОХТАР В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

¹Курс детских болезней Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Управление здравоохранения Хатлонской области

Цель работы. Анализировать частоту случаев и клинические особенности течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 среди детей.

Материал и методы исследования. В исследование включены 16 детей с лабораторно верифицированным диагнозом COVID-19 (определение SARS-CoV-2 ме-

тодом ПЦР в мазках из носо-ротоглотки), зарегистрированных в Центре здоровья г. Бохтара Хатлонской области, за период с 7 мая 2020 г. по 13 ноября 2020 года.

Результаты и их обсуждение. Число зарегистрированных случаев COVID-19 среди детей составило 7,7% от общего числа зарегистрированных в Центре здоровья. Мальчиков было 11 (68,7%), девочек - 5 (31,3%) человек, возраст колебался от 4 до 18 лет, средний возраст - 9,7 лет. Четверо детей страдали детским церебральным параличом.

Инфекция верхних дыхательных путей были диагностированы у 4 (25%) пациентов в возрасте от 9 до 18 лет. У 11 (68,7%) больных в возрасте от 4 до 16 лет инфекция протекала без клинических проявлений, при этом среди них преобладали дети до 11 лет (72,7%). У 4 (25,0%) человек в возрасте от 8 до 18 лет отмечено повышение температуры тела, сухой кашель регистрировался у 3 (18,7%) в

возрасте от 8 до 12 лет. Ринит/ ринофарингит развился у 1 (6,2%) ребенка в возрасте 8 лет. Такие патогномоничные для COVID-19 симптомы, как потеря обоняния (аносмия) и вкуса (агевзия), не регистрировались.

Степень насыщения артериальной крови кислородом у всех исследуемых детей составляла не менее 98%.

Все 16 пациентов получили лечение в домашних условиях.

Бессимптомное течение болезни у детей может способствовать поддержанию эпидемического процесса [Пшеничная Н.Ю. с соат., 2020].

Заключение. Клиническая картина новой коронавирусной инфекции COVID-19 у детей в городе Бохтар Хатлонской области отличалась неспецифичностью симптомов и протекала благоприятно.

Бахроми М.Т., Рахимов З.Я.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ВЛИЯНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Анализ эффективности гиполипидемической терапии на особенности изменения различных показателей суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы исследования. В настоящее исследование включено 56 пациентов, из них 34 мужчины (60%) и 22 женщины (40%) с ХСН II-III ФК (по классификации NYHA), обусловленной артериальной гипертензией в сочетании с гиперлипидемией, ишемической болезнью сердца и постинфарктным кардиосклерозом на фоне оптимальной базисной и гиполипидемической терапии. Средний возраст обследованных больных составил 63,5±5,5 лет.

Всем пациентам в плановом порядке проводили лабораторные исследования крови: общий холестерин (ОХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды

высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), 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.), рассчитанную на основании стандартного отклонения от стандартного АД, а также величину и скорости утреннего подъема САД и ДАД. Для анализа клинической эффективности гиполипидемической терапии использовали динамику показателей уровней липидного спектра (ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ) и степени сердечно-сосудистого риска (ССР).

Результаты и их обсуждение. Применяемые в исследовании статины оказывали гиполипидемическое действие после 48 недели наблюдения. Так, уровень холесте-

рина ЛПНП снизился в среднем на 98%, а холестерин ЛПВП повысился в на 12%, снижение уровня ТГ в динамике наблюдалось в среднем на 8%. 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 соответствует данным рекомендаций Европейского общества кардиологов и клиническим рекомендациям Российского кардиологического общества (2020). Уменьшение СрСАД/сут. наблюдалось на 15,6% за счет Дн СрСАД и СрДАД/сут. на 12,5% и на 12,6% - за счет Сн САД и Сн ДАД. При анализе Ив САД и ИвДАД отмечалось уменьшение на 24,5% за счет дневного Ив САД и на 19,6% - за счет ночного ИвДАД. Нормальный суточный ритм («диппер») для САД зарегистрирован у 43% пациентов и для ДАД – у 45%. Чрезмерное снижение АД у больных с ХСН встречалось редко, всего у 2,4% по САД и 1,1% по ДАД. Особое 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 быть бессимптомными.

Заключение. Таким образом, нормализация липидного профиля и улучшение контроля АД у больных ХСН II-IIIФК позволило добиться дополнительного снижения САД и ДАД у всех пациентов. Невысокий уровень АД, отсутствие достаточного снижения АД в ночное время (тип «нондиппер») или его повышение (тип «найтпикер»), при отсутствии различий в зависимости от проводимой терапии привели к количественным и качественным изменениям ССР, количество больных с очень высоким ССР снизилось на 56%. 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.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И ЧАСТОТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить частоту возникновения желудочковых экстрасистол (ЖЭ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСН-СФВ) и определить связь градации ЖЭ с эхокардиографическими и клиническими показателями.

Материал и методы исследования. Были обследованы 116 пациентов с ХСН-СФВ (ФВ>50%, по методу Simpson) в возрасте от 49 до 82 лет (в среднем 63,3±8,0 лет, 23 мужчины и 93 женщины).

Всем проводился тест шестиминутной ходьбы, оценка клинического состояния по ШОКС, эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование, 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ. Все ЭхоКГ-ие измерения и расчеты выполнялись в соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации сердечно-сосудистой визуализации (EACVI) и Американского эхокардиографического общества (ASE).

Рассчитывали индексированные к площади поверхности тела конечно-диастолический объём (ИКДО), объём левого предсердия (ИОЛП) и массу миокарда ЛЖ (ИММЛЖ). Определяли показатели трансмитрального кровотока: пиковые скорости раннего (Е), позднего (А), диастолического наполнения и их отношение (Е/А). Посредством тканевого доплеровского исследования оценивали скорость движения фиброзного кольца митрального клапана в раннюю диастолу (Е'), рассчитывали отношение Е/Е'. Для оценки ЖЭ применялась классификация В. Lown и М. Wolf в модификации М. Ryan.

Результаты и их обсуждение. По результатам суточного мониторирования ЭКГ, ЖЭ были зарегистрированы у 77 (66,4%) пациентов с ХСН-СФВ. Из них 36 (46,8%) обследованных имели ЖЭ I градации, 4 (5,2%) - ЖЭ II градации, 27 (35,1%) - ЖЭ III градации, 8 (10,4%) - ЖЭ IVa градации и 2 (2,6%) - ЖЭ V

градации. Достоверная корреляция связи определялась между градацией ЖЭ и количеством баллов по ШОКС ($r=0,25$, $p=0,01$), а также эхокардиографическими показателями: ИОЛП, ИММЛЖ и ИКДО, E' и значением отношения E/E' ($r=0,30$, $r=0,25$, $r=0,35$, $r=0,28$, $r=0,30$, $\text{всер} < 0,01$). Корреляционные связи градации ЖЭ с пройденной дистанцией по результатам теста шестиминутной ходьбы и показателем E/A не обладали достаточ-

ной силой и достоверностью ($r=15$ и $r=0,10$, $p>0,05$).

Заключение. В двух третях случаев у пациентов с ХСН-СФВ наблюдается желудочковая экстрасистолия, более высокие градации которой регистрируются при наличии выраженных клинических проявлений сердечной недостаточности, расширении левых камер сердца, гипертрофии левого желудочка и его диастолической дисфункции.

Гоибова З.В., Урунбоева Д.С.

ФАКТОРЫ РИСКА И СТРУКТУРА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить структуру госпитальных осложнений острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Материал и методы исследования. Анализированы структура факторов риска, частота и характер ранних осложнений ОИМ у 76 пациентов, проходивших лечение в период 2020 года в отделениях реанимации и инфаркта миокарда РКЦК. Среди госпитализированных было 45 (59,2%) мужчин, женщин – 31 (40,8%). Возраст пациентов варьировал от 47 до 89 лет, составляя в среднем $72,6 \pm 6,4$ лет.

Диагностика ОИМ проводилась на основании критериев ВОЗ: наличие клиники ишемии миокарда, характерных ЭКГ изменений с появлением патологических зубцов Q, стойких изменений зубцов T, подъем или депрессия сегмента ST, повышение уровня тропонина (в 15 наблюдениях).

Согласно данным ЭКГ, локализация ОИМ выглядела следующим образом: передне-перегородочная область – 32 (42,1%) случая; передне-боковая – у 16 (21,1%) больных; задняя стенка – в 18 (23,7%) наблюдениях и циркулярный – у 10 (13,2%) госпитализированных.

Были анализированы все имеющиеся факторы риска и характерные для раннего периода острого инфаркта миокарда осложнения со статистической их обработкой с использованием U-критерия Манна-Уитни. Различия считали достоверными при уровне $p < 0,001$.

Результаты и их обсуждение. Одним из основных факторов риска ОИМ явился наследственная отягощенность, которая была

выявлена у 70 (92,1%) пациентов, в том числе у 93,3% мужчин и 90,3% женщин ($p > 0,05$). Курение и чрезмерный прием алкоголя, как факторы риска, среди 45 лиц мужского пола имели место в 88,9% наблюдениях. Эти факторы среди лиц женского пола не встречались ни в одном наблюдении ($p < 0,001$).

Результаты опроса пациентов показали, что более половины из них ($n=40$; 52,6%) имели ежедневную умственную нагрузку и получали стрессовые нагрузки, что служило в качестве фактора риска развития ОИМ. Отмечалось значимое гендерное различие встречаемости стресса. Так, если этот фактор среди лиц мужского пола выявлен у 17 (37,8%) человек, то среди женщин – в 23 (74,2%) случаев ($p < 0,05$).

Метаболическим синдромом страдали более четверти пациентов ($n=20$; 26,3%), в основном лица женского пола ($n=15$; 48,4% от общего числа женщин), по сравнению с мужчинами ($n=5$; 11,1% от общего числа мужчин) ($p < 0,001$). Артериальная гипертензия в качестве факторов риска имела место у 72 лиц обоих полов (93,3% мужчин и 96,8% женщин) без значимых различий ($p > 0,05$).

В качестве осложнений ОИМ чаще всего было зарегистрировано нарушение ритма и проводимости сердца с приблизительно одинаковой частотой у лиц обоих полов (46,7% мужчин и 45,2% женщин) ($p > 0,05$).

В 4 (5,3%) наблюдениях у пациентов с циркулярной формой ИМ отмечался кардиогенный шок и клиника острой сердечной недостаточности, повлекшие за собой летальный исход. Такие осложнения, как

разрыв миокарда, внезапная остановка сердца и тромбоэмболия не были отмечены ни в одном наблюдении, что подтверждает правильно выбранную стратегию лечения и возможности современной консервативной терапии.

Заключение. Наиболее частыми факторами риска развития ОИМ являются наследственная предрасположенность, АГ, вред-

ные привычки и метаболический синдром. Самым частым осложнением ОИМ является нарушение ритма и проводимости сердца, что регистрируется почти у половины пациентов. Фатальные инфаркт-ассоциированные осложнения в основном встречаются у лиц с множественными поражениями коронарного русла и циркулярной формой инфаркта.

Джураев М.Н., Акбарова М.М., Каримова Н.И., Хайдарова Н.Х.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Выявить причины развития рецидивирующего течения крапивницы.

Материал и методы исследований. Под нашим наблюдением находилось 20 больных, у которых имело место рецидивирующее, т.е. более 6 месяцев, течение крапивницы.

Нами были изучены лабораторные показатели гепато-билиарной системы биохимическим методом исследования крови, который показал, что показатели печеночных проб при нормальном уровне билирубина и вирусологических показателей, осадочные пробы АлАт (аланинаминотрансфераза) и АсАт (аспартатаминотрансфераза) были в два раза повышены, по сравнению с нормой. У 11 больных уровень АлАт достигал до 72-76 Ед/л, у 2 больных этот показатель достигал до 140 Ед/л, у 4 больных было отмечено повышение печеночного фермента АсАт до 50-78 Ед/л, у 3 больных имелось одновременное повышение АлАт до 57-70 Ед/л, АсАт - до 45-47 Ед/л. Следует отметить, что 20 наблюдаемых больных жаловались на симптомы крапивницы, а также на постковидные сим-

птомы (боли в спине, в ногах, кашель разной интенсивности, одышку, раздражительность, слабость, плохой аппетит и др.), однако жалобы со стороны печени не были отмечены.

Результаты и их обсуждение. При исследовании выявлено, что крапивница приобретает рецидивирующий характер, когда имеет место токсическое поражение печени, причиной которого является необоснованное применение не только антибиотиков широкого спектра действия (цефтриаксон, левофлоксацин, карбапенем, цефипим, азитромицин и др.), а также препаратов из группы нестероидов (ацетилсалициловая кислота, парацетамол, ибупрофен, диклофенак, кетопрофен и др.).

Заключение. Таким образом, следует отметить, что крапивница приобретает характер рецидивирующего течения при нарушениях гепато-билиарной системы, что делает обязательным проведение анализа осадочных печеночных проб, особенно при лечении антибиотиками и нестероидными противовоспалительными препаратами.

Джураев М.Н., Каримова Н.И., Камолова Дж.К.

К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ И КРАСНУХИ

Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Дифференциальная диагностика лекарственной аллергии и краснухи.

Материал и методы исследований. Под нашим наблюдением в амбулаторных условиях находились 28 детей с лекарственной аллергией в возрасте от 3 месяцев до 7 лет, мальчиков было 15, девочек - 13.

Результаты и их обсуждение. При проведении дифференциального диагноза между кожными проявлениями лекарственной аллергии и краснухи следует учитывать следующие моменты.

1. Эпидемиологические и анамнестические данные появления сыпи в непосредственной связи с применением медикаментов или указанием на введение в рацион новых пищевых продуктов. Выяснить повышенную чувствительность больного по отношению к медикаментам, отмечавшуюся ранее, а также наличие склонности к аллергическим реакциям.

2. Краснуха начинается остро с кратковременного повышения температуры, незначительной интоксикации, легких катаральных проявлений, слабо выраженного конъюнктивита, инъекций сосудов склер и появления сыпи. Аллергическая экзантема проявляется, как правило, без предшествующего катарального периода или, наоборот, на фоне катарального периода, через 6-8 дней от начала лечения антибиотиками или сульфаниламидами.

3. Сходство краснухи с аллергической экзантемой проявляется в развитии розеолезно-папулезной сыпи. Сыпь при краснухе бледно-розового цвета, обильная, мелкопятнистая, круглой или овальной формы, не склонная к слиянию. Локализуется преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, по боковым поверхностям грудной клетки, на спине, на ягодицах, держится 2-3 дня и быстро исчезает, не оставляя пигментации и шелушения.

При лекарственной аллергии элементы сыпи более крупных размеров, яркие, сочные, «бархатистые», отличаются фигурными очертаниями, сопровождаются зудом. Элементы могут появляться то на одном, то на другом участке тела, но слизистая оболочка рта не изменена. Отмена подозреваемого гаптена и назначение противогистаминных препаратов снимают кожные проявления.

4. Для краснухи более характерным симптомом является увеличение периферических лимфоузлов, особенно задне-шейных и затылочных до размеров горошины или фасоли, чего при медикаментозной экзантеме не наблюдается. В крови даже при стертых формах краснухи имеет место лейкопения, лимфоцитоз, а при лекарственной аллергии - эозинофилия.

Заключение. Для врачей-аллергологов и инфекционистов разграничение лекарственной аллергии и краснухи имеет важное противоэпидемиологическое значение.

Изатов Х.Н., Файзуллаев А.Х., Туракулов Д.А. Фазылова М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АЛПРАЗОЛАМ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ТРЕВОЖНОМ РАССТРОЙСТВЕ У БОЛЬНЫХ С COVID-19

Кафедра неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Разработка оптимальных методов коррекции генерализованного тревожного расстройства у больных с Ковид-19 в условиях пандемии.

Материал и методы исследования. В период с 20.04.2020 г. по 15.08.2020 г. в отделение неврологии ГКБ №1 имени Ахмедова К. в условиях перепрофилированного учреждения в период пандемии временно принимали больных с Ковид-19. Среди них у 65 пациен-

тов было диагностировано генерализованное тревожное расстройство.

У всех пациентов тревогу оценивали по Госпитальной шкале тревоги, которая у большинства составляла 11 баллов и выше. Кроме того, у значительного количества больных отмечалось также нарушение сна. 35-и пациентам назначили транквилизатор из группы бензодиазепинов - алпразолам, остальным больным - другие транквилизаторы и антиде-

прессанты. Лечение основного заболевания, т.е. Ковид-19, у всех было одинаковым - по временному протоколу лечения больных с коронавирусной инфекцией.

Результаты и их обсуждение. Больные были разделены на 2 группы: пациенты 1-й группы (n=30) получали другие транквилизаторы и антидепрессанты (гидроксизин и эсциталопрам); 2-й группы (n=35) - в течение госпитальной терапии получили алпразолам в дозе 0,5-2 мг/сут. Наиболее выраженный и быстрый эффект от проводимой терапии был получен во 2-й группе больных, получавших алпразолам, по сравнению с 1-й группой. У пациентов 2

группы на 10-е сутки отмечалось улучшение состояния и по Госпитальной шкале тревоги оценка соответствовала субклинически выраженной тревоге (8-10 баллов) или норма (7 и ниже баллов). У всех пациентов нормализовался сон.

Заключение. Таким образом, назначение алпразолама в качестве противотревожного препарата к терапии генерализованного тревожного расстройства у больных с Ковид-19 в условиях пандемии позволяет достичь значительного успеха с первых дней лечения. Кроме, того с первых дней улучшался сон больных, на фоне хорошей переносимости препарата.

Касымов А.О., Касымов О.И.

ПРИЧИНЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить факторы риска возникновения гнездной алопеции (ГА) у больных в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 130 больных ГА, из них мужчин было 77 (59,2%), женщин – 53 (40,8%), соотношение 1,5:1. Возраст больных варьировал от 16 до 46 лет. Продолжительность болезни колебалась от нескольких недель до 5 и более лет. 29 (22,3%) больных страдали тяжелой формой ГА, 52 (40%) – средней степени тяжести, 49 (37,7%) – легкой. Прогрессирующая стадия заболевания наблюдалась у 64 (49,2%) больных, стационарная – у 43 (33,1%), регрессивная – у 23 (17,7%). Изменения ногтевых пластинок обнаружены у 26 (20%) больных.

При сборе анамнеза заболевания у 79 (60,8%) пациентов выявлены возможные триггерные (причинные) факторы, которые могли способствовать возникновению ГА, сопутствующие заболевания выявлены у 101 (77,7%) больного.

Результаты и их обсуждение. Ведущее место среди возможных причин развития или рецидива ГА у больных занимает нервный стресс. На него указал 41 (31,5%) больной: первые очаги облысения, а в дальнейшем и рецидивы ГА чаще возникали в промежутке от нескольких дней до 2-3 месяцев после

перенесенного психоэмоционального напряжения (смерть близких людей, конфликты на работе или в семье, плохие материально-бытовые условия жизни и др.). На нервный стресс, как причину ГА, мужчины указывали в 1,5 раза чаще, чем женщины (соответственно 36,4% и 24,5%, $p < 0,02$). У 15,4% больных (14,3% мужчин, 17% женщин) заболевание началось после перенесенных ОРВИ, обострения хронических очагов инфекций или хронических заболеваний. Наследственная предрасположенность к ГА выявлена у 11 (8,5%) больных (7 мужчин, 4 женщин). У 6 больных ГА страдал один из родителей, у 4 – братья, у 1 – сестра. 7 (5,4%) больных (5 мужчин, 2 женщины) возникновение заболевания связывали с черепно-мозговой травмой или общим наркозом, проведенным во время перенесенных ранее оперативных вмешательств. 51 (39,2%) пациент (33,8% мужчин, 47,2% женщин) выпадение волос ни с чем не связывали.

Чаще всего на нервный стресс, как возможный триггер ГА, указывали больные с тяжелой формой ГА (37,8% больных), реже – с легким и средним течением дерматоза (соответственно 30,6% и 28,8%). На возникновение или рецидивы ГА после перенесенных ОРВИ, обострение хронических очагов инфекций или хронических заболеваний указало при-

мерно одинаковое количество больных с разной тяжестью течения ГА (14,3%, 17,3%, 13,8%). Наследственная предрасположенность к ГА больше была выражена среди больных с тяжелым течением заболевания (13,8%), у больных со средней и легкой формами - соответственно 7,7% и 6,1%. 5,4% больных, связывавшие возникновение ГА с черепно-мозговой травмой или общим наркозом, имели среднюю степень тяжести дерматоза. Наиболее часто на отсутствие причины возникновения алопеции указывали больные с легкой формой заболевания (49% больных), далее - со средней степенью тяжести (36,5%), меньше всех - больные с тяжелой формой ГА (27,6%).

Из сопутствующей патологии у больных ГА наиболее часто определялись очаги хронической инфекции (хронический трахеит и/или бронхит, хронический тонзиллит, гайморит, отит, хронический пиелонефрит, простатит, метроэндометрит и/или аднексит), которые выявлены у 42 (32,3%) больных. Заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы (хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит и/или гепатит, панкреатит) обнаружены у 37 (28,5%) больных. Патология эндокрин-

ной системы имела у 34 (26,1%) человек: заболевания щитовидной железы (зоб) - у 27 (20,8%), сахарный диабет - у 7 (5,4%). Зоб разной степени выявлен у 9 (18,4%) пациентов с I степенью тяжести ГА, у 11 (21,2%) - со II, у 7 (24,1%) - с III. Атопические заболевания (бронхиальная астма, риноконъюнктивит, атопический дерматит) определены у 25 (19,2%) больных: у 8 (16,3%) - с I степенью тяжести ГА, у 10 (19,2%) - с II и у 7 (24,1%) - с III. Вегетососудистая дистония - у 25 (19,2%), глистная инвазия - у 24 (19,2%), заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца) - у 8 (6,1%), витилиго - у 8 (6,1%), псориаз - у 4 (3,1%).

Следует отметить, что статистически значимого влияния указанных заболеваний на течение ГА у больных не установлено ($p > 0,05$). По 3 сопутствующих заболевания имели 30 больных, по 2 - 49, по 1 - 22.

Вредные привычки (употребление алкоголя, насвая, курение) имели 46 (35,4%) обследованных.

Заключение. Главенствующее место среди факторов риска возникновения ГА занимает нервный стресс, далее - ОРВИ и обострения хронических очагов инфекций. Наследственная предрасположенность к ГА в РТ составляет всего 8,5%.

Касымов О.И., Салимов Б.М., Муниева С.Х., Шукурова М.А.

ОНИХОМИКОЗ У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эффективность итраконазола при лечении онихомикоза у детей.

Материал и метод исследования. На диспансерном учете в ГЦКВД за период с 2010 по 2020 годы находились 44 больных детей онихомикозами (ОМ), из них мальчиков было 27 (62%), девочек - 17 (38%), соотношение 1,6:1. Возраст больных колебался от 8 до 14 лет: 12 - от 8 до 11 лет, 32 - от 12 до 14 лет. Средний возраст больных составил $11,2 \pm 0,5$ лет. 14 больных страдали онихомикозами от нескольких месяцев до 5 лет, 17 - от 6 до 10 лет, 13 - больше 10 лет. Длительность заболевания в среднем составила $7,5 \pm 0,3$ лет.

Сопутствующие заболевания имели ме-

сто у 14 (32 %) мальчиков с ОМ и у 17 (38,6%) девочек. В структуре сопутствующих ОМ заболеваний преобладали болезни ЖКТ (у 14 (32 %) девочек и 8 (18,1%) мальчиков). На втором месте по частоте встречаемости были болезни кожи (у 6 (13,6%) девочек и 3 (6,8%) мальчиков). Данное обстоятельство может свидетельствовать о возможном влиянии нарушений функционального состояния пищеварительного тракта и кожи на развитие патологических изменений ногтевых пластин.

Клинические формы онихомикоза у детей наблюдалась: у 28 больных дистально-латеральная подногтевая форма онихомикозов, у 4 - тотально-дистрофическая, у 5 - поверх-

ностно-белая, у 7 – проксимальная подногтевая. 41 пациент страдал онихомикозами стоп, 3 – стоп и кистей. Среднее количество пораженных ногтей составило $6,9 \pm 0,07$. Индекс оценки тяжести онихомикозов по шкале КИОТОС у всех больных был выше 9-12, что требовало назначения системной терапии.

У всех 44 больных онихомикозами были поражены кожа стоп, стоп и кистей или кистей. Интертригинозная форма микоза стоп была диагностирована у 12, смешанная – у 24 больных. Сочетание сквамозной и интертригинозной форм наблюдалось у 13 больных, сквамозной, дисгидротической и интертригинозной – у 11. Стертая форма микоза стоп наблюдалась у 8 больных.

Детям итраконазол назначался по 100 мг 2 раза в сутки в течение 1 недели на курс; проводился 3 курса с интервалом 3 недели. На фоне системных антибиотиков у детей с гиперкератическим поражением ногтевых пластинок проводилась чистка ногтевого ложа 1 раз в 3 недели двукратно. Одновременно всем пациентам назначали наружную терапию кремом клотримазол.

Всем пациентам, имевшим сопутствующие заболевания, после консультации соответствующих специалистов проводилась корригирующая терапия.

Критерием оценки терапевтической эффективности использованного метода лечения онихомикоза являлась скорость уменьшения клинических проявлений микоза стоп и кистей и онихомикозов. Этиологическое излечение оценивалось путем микроскопического исследования растущих ногтей через 2, 4 и 6 месяцев после начала лечения.

Результаты и их обсуждение. Через два месяца от начала лечения у всех детей отмечалась положительная динамика. Так, отличные результаты (клинико-микологическое выздоровление) к концу 2 месяца наблюдения при системной терапии дистально-латеральной подногтевой формы онихомикозов и поверхностно-белой было достигнуто у 84,2% больных, через 4 и 6 месяцев – у 93,6%. Среди больных с тотально-дистрофической и проксимальной формами онихомикоза лечение дало отличные результаты у 82%.

Следует отметить, что итраконазол не оказал гепатотоксического действия ни одному больному.

Заключение. Таким образом, исследование показали хорошую эффективность итраконазола при лечении больных онихомикозом детей

Кудратова С.Н., Нарзулов Х.Н.

АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оценить эффективность антиоксидантной терапии в комплексном лечении детей раннего возраста с бактериальной пневмонией (БП).

Материал и методы исследования. Проведено обследование 56 больных детей раннего возраста с пневмонией.

Клинические методы обследования у пациентов включали в себя тщательный анализ анамнестических данных с учетом биологических, медико-организационных и социальных факторов.

Для проведения комплексно-корригирующих мероприятий всех больных детей распределили по клиническим симптомам на

две группы по тяжести состояния и степени дыхательной недостаточности.

Результаты и их обсуждение. В раннем детском возрасте выявлено, что БП носит тяжелое манифестное течение, чаще протекает на неблагоприятном преморбидном фоне, в частности на фоне анемии – 10 (18%), гипотрофии – 23 (41%), рахита – 20 (36%), аллергии (экссудативно-катарального диатеза) – 7%.

В период клинического обследования всем больным проводились лабораторные и дополнительные методы исследования. При исследовании некоторых параметров гомеостаза у детей раннего возраста с бактериальной пневмонией обнаружен дефицит

основания ВЕ $6,1 \pm 0,37$ ($p < 0,001$), снижение рН $7,24 \pm 0,008$ ($p < 0,001$), гипоксемия, гиперкапния, гипернатриемия $146 \pm 3,8$ ммоль/л ($p < 0,001$).

Применение антиоксидантного препарата этилметилгидроксипиридина сукцината в комплексе традиционной терапии больных бактериальной пневмонией детей, независимо от тяжести патологического процесса, привело к более раннему увеличению парциального напряжения кислорода (pO_2) и, напротив, снижению парциального напряжения pCO_2 ($p < 0,001$) крови. Результаты исследования кислотно-основного состояния крови (КОС) у больных с пневмонией на фоне антиоксидантной терапии показали более ускоренное существенное повышение показателей рН ($p < 0,001$), что привело к снижению всех клинических симптомов пневмонии: кашель, одышка, температура, отделение мокроты, притупление перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания, бронхиальное дыхание, крепитация. Среди внелегочных симптомов у детей имели место: гипото-

ния, слабость, тахикардия, озноб, миалгия, лихорадка, изменение показателей периферической крови. У больных с бактериальной пневмонией, получивших в комплексе базисного лечения лекарственные средства антиоксидантного действия, нормализация изучаемых клинико-параклинических параметров достигнута в более ранние сроки, по сравнению с группой детей, получивших только традиционно-базисную терапию - $15 \pm 0,6$ и $22 \pm 1,1$ дней соответственно.

Заключение. Таким образом, у детей раннего возраста с бактериальной пневмонией при подключении к традиционной базисной терапии препарата антиоксидантного действия эффект наступает в более ранние сроки. Доказана нормализация гомеостатических параметров, таких как газы и кислотно-основное состояния крови, что приводит к стабилизации цитомембраны. Поэтому необходимо использование препаратов антиоксидантного действия, в частности этилметилгидроксипиридина сукцината, в традиционном комплексном лечении детей с бактериальной пневмонией.

Махкамов К.К., Олимова Ф.К., Назаров Д.М., Вафоева О.Г.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Анализ смертности новорожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой (ЭНМТ) массой тела для оптимизации оказываемой им помощи.

Материал и методы исследования. Проведен анализ структуры смертности недоношенных с ОНМТ и ЭНМТ в РД №1 г. Душанбе за период с 2011 по 2019 годы. Дана оценка 180 случаям смерти новорожденных на основе анализа течения беременности, родов и оказанной медицинской помощи.

Результаты и их обсуждение. Внедрение Национальных протоколов по ведению новорожденных оптимизировали оказываемую им медицинскую помощь. Так, мы отмечали снижение показателей перинатальной и ранней неонатальной смертности (на 9,3% и 6,0% соответственно). Также отмечено снижение общей летальности (на 6,2%), летальности доношенных (на 4,1%) и, особенно,

недоношенных детей (на 10,2%).

В структуре ранней неонатальной смертности основные позиции неизменно занимают СДР, асфиксия, состояния, связанные с в/у инфекцией, а также пороки развития, несовместимые с жизнью. В динамике за исследуемый период мы отмечали снижение общей смертности от асфиксии (на 7%) и от СДР (на 14%). В то же время смертность резко возросла от пороков развития (в 2,9 раза). Среди недоношенных снижение вышеуказанного показателя отмечали по асфиксии и СДР (на 4% и 25% соответственно).

Анализ историй родов и историй новорожденного показал наличие отягощенного акушерско-гинекологического и соматического анамнеза у всех, без исключения, матерей умерших. Ведущее место занимали перенесенные острые воспалительные верхних дыхательных путей и обострения

хронических заболеваний, особенно мочеполовой системы (81,9%). При оценке плаценты выявлены различные её изменения в 82,6% случаев преждевременных родов.

У всех матерей беременность протекала на фоне сочетания двух и более неблагоприятных факторов, особенно в группе, родивших детей с экстремально низкой массой тела (49%). Состояния, связанные с преэклампсией, хориоамнионитом, меконияльными водами, также наблюдалась чаще в случаях рождения этой категории детей (71%). В 25,7% отмечали преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, при этом отслойка более 30% и хориоамнионит чаще регистрировались у детей с ЭНМТ (40%), которые, оказывая потенцированное воздействие на плод, приводили к внутриутробной гипоксии плода в 100% случаев.

Но, в отличие от доношенных, маловесные рождались в умеренной асфиксии, особенно дети с очень низкой массой тела (34%). Также сохраняющийся высокий уровень смертности был обусловлен рядом причин (неполная профилактика РДС или ее отсутствие, недостаточная респираторная терапия и др.).

Заключение. Оптимизация неонатальной помощи невозможна без анализа показателей летальности и смертности. Утверждение и реализация документа о порядке организации неонатальной службы является ключевым аспектом оптимизации ее деятельности на территории РТ. Использование в полном объеме современных стандартов диагностики и лечения беременных и маловесных младенцев, начиная с этапа рождения, будет способствовать снижению их смертности.

Махмудова Р.У., Закирова К.А., Махмудова П.У., Джуманиязова Г.У.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННО ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Цель исследования. Изучение особенностей клинических форм множественно лекарственно устойчивых (МЛУ) форм туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей.

Результаты и их обсуждение. Для достижения поставленной цели нами проанализированы 307 амбулаторных карт - форма 25/у ВИЧ-инфицированных детей с осмотром и полным обследованием на туберкулез. Были также изучены данные рентгенологических, томографических снимков, данные лабораторных и бактериологических исследований на выявление микобактерий туберкулеза с определением лекарственной устойчивости МБТ молекулярно-генетическими методами Xpert МБТ/Rif с определением лекарственной устойчивости к рифампицину и Хайн 1-2 для изучения устойчивости к изониазиду и противотуберкулезным препаратам второго ряда у детей с сочетанной ВИЧ-инфекцией, которые находились на диспансерном учете в Центрах по борьбе с туберкулезом и профилактике ВИЧ.

Результаты и их обсуждение. Из числа 307 обследованных ЛЖВ детей ТБ выявлен у

33 (10,7%), из них у 9 (27,3%) установлены множественно лекарственно устойчивые формы туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Из числа больных с МЛУ ТБ, сочетанного с ко-инфекцией ВИЧ, 67,9% были в контакте с МЛУ формы ТБ.

При изучении клинических форм и течения МЛУ ТБ, сочетанного с ко-инфекцией ВИЧ, с наиболее высоким показателем является инфильтративная форма, которая составляла 29,8%, из них у 2 (7,1%) пациентов были осложнения в виде экссудативного плеврита, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов составлял 27,3%, первичный туберкулезный комплекс - 7,3%. Среди самых тяжелых распространенных формы туберкулеза, диссеминированный туберкулез составил 11,7%, туберкулез ЦНС и менингит - 5,4%, туберкулез периферических лимфоузлов - 6,1%, костно-суставной туберкулез - 5,3%. Среди выявленных пациентов с МЛУ формами туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в основном, встречался ТБ органов дыхания - 89,3%, внелёгочные формы ТБ составили 10,7%. Чаще всего ТБ, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, протекает

атипично, что затрудняет диагностику заболеваний.

Заключение. У пациентов с множественно лекарственно устойчивыми формами туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в основном, отмечаются тяжёлые формы

течения ТБ, такие как диссеминированный туберкулёз - 11,7%, туберкулёз ЦНС и менингит составили 5,4%, инфильтративная форма - 29,8%, из них у 7,1% пациентов имелись осложнения в виде экссудативного плеврита.

Мирзовалиев О.Х., Шукурова С.М., Саидов Х.В., Мирзовалиев Х.Т.

ЧАСТОТА ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ ГОНОАРТРОЗОМ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ ИПОвсЗ РТ

Цель исследования. Изучить клинико-функциональные особенности течения гоноартроза у больных со сниженной минеральной плотностью кости.

Материал и методы исследования. Обследовано 95 больных с гоноартрозом (ОА) коленных суставов I-II рентгенологических стадий по Kelgren-Lawrence. Для установки диагноза ОА использовались рекомендации АРР для диагностики больных с гоно- и коксартрозом (2006).

Структурно-функциональное состояние костной ткани оценивали методом ультразвуковой денситометрии. Функциональные показатели суставного синдрома определяли по стандартным методикам ВАШ, WOMAC, индекс Leguesne.

Результаты и их обсуждение. Из общей группы обследованных больных с гоноартрозом мужчин было 16, женщин - 78, в возрасте 40-75 лет, длительность болезни $6,3 \pm 3,4$ года.

Результаты денситометрического исследования показали, что у 66 (1 группа) больных наблюдалось снижение МПКТ, остальные 29 (2 группа) были с нормальной МПКТ. Избыточную массу тела (ИМТ – $24,9 \text{ кг/м}^2$) имели 69 пациентов.

Уровень боли по ВАШ в покое в двух сравниваемых группах особо не отличался - $44,4 \pm 1,6$ мм и $41,2 \pm 1,2$ мм соответственно. В то время как средние показатели уровня боли по ВАШ при ходьбе в 1 группе составили $69,2 \pm 1,2$ мм), существенно превышая уровень боли во 2 группе ($60,3 \pm 0,8$ мм). Уровень боли по WOMAC в сравниваемых подгруппах также отличался - Индекс Leguesne в 1 группе составил $9,8 \pm 0,4$ мм против $9,3 \pm 0,2$ мм во 2 группе.

Заключение. Таким образом, у больных гоноартрозом частота остеопороза высока и наблюдается прямая зависимость уровня боли в суставах от минеральной плотности костей.

Муминов Б.А., Кахаров М.А., Хайдаров С.Г., Аширапов Ф.М.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Согдийская областная клиническая больница им. С.Кутфитддинова

Цель исследования. Изучить эффективность применения стрептокиназы в лечении тромбоза ветвей легочной артерии.

Материал и методы исследования. В период с апреля по декабрь 2020 года Сог-

дийская областная клиническая больница работала в режиме инфекционного госпиталя. За этот период под нашим наблюдением находилось 3454 пациентов с внебольничной пневмонией и осложнением COVID-19. По

клиническому течению болезни у 189 из них был заподозрен тромбоз ветвей легочной артерии. Среди них было 92 мужчины, 97 женщин в возрасте от 38 до 82 лет (средний возраст $54,5 \pm 5,6$ года). С целью тромболитической терапии у этой категории больных нами изучена эффективность препарата «стрептокиназа». Давность заболевания на время применения препарата составила около 7-9 суток. Для диагностики пневмонии нами применялась МСКТ и полипозиционная рентгенография грудной клетки, мониторинг показателей свертывающей системы, кислородного насыщения крови. Стрептокиназу применяли однократно в стандартной дозировке 1500000 МЕ.

Результаты и их обсуждение. Известно, что при внебольничной пневмонии отмечается массивное выпадение фибрина в паренхиме легких и дыхательных путях, тромбоз на уровне микроциркуляторного русла, что приводит к прогрессированию дыхательной недостаточности. Это послужило основанием для апробации стрептокиназы при дыхательной недостаточности на фоне тяжелой пневмонии и осложнениях COVID-19. Клиническими критериями для проведения тромболитической терапии у указанной категории больных мы считали: внезапное ухудшение общего состояния пациентов, находящихся на спонтанном дыхании, падение сатурации кислорода в крови, дополненное ухудшением рентге-

нологической картины и нарастанием продуктов распада фибрина в крови (Д-димера, тромбинового времени) выше критических значения. Назначение стрептокиназы осуществлялось на фоне проведения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии, согласно утвержденного протокола лечения МЗиСЗН РТ. Введение препарата 1500000 МЕ выполнялось внутривенно на протяжении 60 минут. Аллергических реакций во время и после введения препарата не отмечено. Среди побочных эффектов следует отметить носовое кровотечение в 2 (1,05%) наблюдениях и желудочно-кишечное кровотечение в 1 (0,53%) случае. 13 (6,87%) пациентов, получивших препарат, в течение ближайших 6 часов отмечали улучшение общего состояния, показатель насыщения крови после кратковременного снижения повышался до уровня 86-90%. У 176 (93,1%) больных, которым стрептокиназа вводилась в сроки от 12 до 24 часов, улучшение самочувствия также происходило, но оно было менее выраженным. Сатурация кислорода крови после тромболитической терапии у этой категории больных составила 82-86%, а с кислородной поддержкой при помощи носового катетера доходила до 91-93%.

Заключение. Своевременно проведенная тромболитическая терапия у больных с тромбозом ветвей легочной артерии позволяет улучшить состояние пациентов и выживаемость при внебольничной пневмонии.

Муниева С.Х., Маматкулов М.М., Муродзода Н., Нуруллоева Н.М.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАНДИДОЗА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГЦКВБ Г. ДУШАНБЕ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «ТНИИ акушерства, гинекологии и педиатрии» МЗиСЗН РТ
Городской центр кожных и венерических болезней УЗ г. Душанбе
Госпиталь МВД

Цель исследования. Определение частоты обращаемости женщин с жалобами на кандидозные вагиниты.

Материал и методы исследования. За период 2018-2019 годы в Городской центр кожных и венерических болезней г. Душанбе взято на учет 56 женщин в возрасте от 18 до 42 лет с диагнозом «кандидозный вульвовагинит».

Результаты и их обсуждение. В разных возрастных группах обращения пациентов с жалобами на выделения из половых органов встречались с различной частотой. Наиболее часто они наблюдались в возрасте 28-32 лет — 17 (37%) больных. В возрастной группе 18-22 лет было 15 (35%), 23-27 лет - 12 (26%), 33-37 лет - 7 (12,5%), 38-42 лет - 15 (35%) пациентов.

Все женщины предъявляли жалобы на выделения из половых органов, сопровождающиеся зудом и жжением. В ходе обследования было выявлено наличие кандидоза в виде моноинфекции у 26 человек, сочетание кандидоза с другими ИППП - у 30 пациентов. У 17 (32%) больных обнаружен уреамикоплазмоз, у 11 (20,7%) – урогенитальный хламидиоз, у 4 (7,5%) – гарднереллез, у 4 (7,5%) – трихомониаз. Сочетание кандидоза с одной ИППП выявлено у 13 (24,5%) пациентов, с двумя инфекционными агентами – у 16 (30,1%), с тремя – у 8 (15%).

Заключение. *Candida spp.* – условно-патогенные микроорганизмы, являющиеся факультативными анаэробами и обладающие тропизмом к тканям, богатым гликогеном (слизистая оболочка влагалища). ВБК является широко распространенным заболеванием, чаще наблюдается у женщин репродуктивного возраста. Частота регистрации ВБК составляет 30–45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. По данным исследователей, 70–75% женщин имеют в те-

чение жизни хотя бы 1 эпизод ВБК, при этом у 5–10% из них заболевание приобретает рецидивирующий характер. ВБК у беременных встречается, в среднем, в 30–40% случаев, а перед родами – в 44,4%. Необходимо отметить, что кандидоз мочеполювых органов в 2–3 раза чаще встречается при беременности, чем у небеременных женщин. Столь высокая частота возникновения кандидоза влагалища в период гестации обусловлена рядом факторов: изменениями гормонального баланса, накоплением гликогена в эпителиальных клетках влагалища, иммуносупрессорным действием высокого уровня прогестерона и присутствием в сыворотке крови фактора иммуносупрессии, связанного с глобулинами. ВБК почти не наблюдается у женщин в постменопаузе, за исключением женщин, получающих заместительную гормональную терапию. ВБК не относится к инфекциям, передаваемым половым путем, однако это не исключает возможности возникновения кандидозного баланопостита у мужчин – половых партнеров женщин с ВБК.

¹Навджуванова Г.С., ¹Навджуванов Н.М., ²Салимов Дж.М.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

¹ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

²Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить динамические изменения функциональных показателей сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных, перенесших COVID-19.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели в период с мая до ноября 2020 года были проведены динамические исследования (Эхо-ДопплерКГ, электрокардиографические (ЭКГ) исследования и ВЭМ-проба) пациентам, перенесшим COVID-19.

Под нашим наблюдением находились 72 пациента, перенесших COVID-19 в начале пандемии (май-июнь) и проходивших обследование в условиях Республиканского клинического центра кардиологии.

Пациенты были разделены на 3 группы: 1-ая группа - больные, перенесшие COVID-19 в легкой форме - 34 человека (47,2%). 2-ая -

больные, перенесшие заболевание средней тяжести - 16 человек (22,2%). 3-я – больные, перенесшие COVID-19 в тяжелой степени - 22 человека (30,6%). Возраст пациентов колебался от 27 до 70 лет, из них 48 мужчин (66,7%) и 24 женщины (33,3%).

Результаты и их обсуждение. В легкой форме COVID-19 переболели 14 женщин (19,4%) и 13 мужчин (18,05%). COVID-19 средней степени тяжести переболели 6 женщин (8,33%) и 17 мужчин (23,6%), в тяжелой форме - 4 женщины (5,56%) и 18 мужчин (25%).

Через месяц после перенесенного COVID-19 у больных с легкой формой заболевания при Эхо-доплерографическом исследовании изменений со стороны ССС не наблюдалось: конечно-систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) не превышал 4,0 см, конечно-диастолический размер

левого желудочка (КДРЛЖ) <5,7 см, фракция выброса (ФВ) – 57-68%. При ЭКГ исследования у 16 (47%) пациентов зарегистрирована синусовая тахикардия с ЧСС 91-121 ударов в минуту, у 21 пациента отмечалось снижение вольтажа зубца Т (снижение процессов реполяризации). При ВЭМ-пробе у 8 пациентов (11,1%) толерантность к физической нагрузке была высокая, у 16 (22,2%) – средняя, у 10 (13,8%) – низкая.

Среди пациентов, перенесших COVID-19 средней степени тяжести, на ЭКГ у 16 (22,2%) отмечалось снижение процессов реполяризации. У 8 (11,1%) появились нарушения ритма, в виде наджелудочковой экстрасистолы – 8 (11,1%), желудочковой экстрасистолы – 6 (8,3%) человек. Синусовая тахикардия отмечалась у 11 обследованных (15,2%). У одного пациента (1,4%) зарегистрирована атриовентрикулярная блокада I степени. У одного (1,4%) появились очаговые изменения по задней стенке левого желудочка. У двух больных констатирована неполная блокада правой ножки пучка Гиса. При Эхо-доплерографии у 5 пациентов (6,9%) зарегистрировано увеличение КСР и КДР в динамике. У 6 больных (8,3%) сократительная функция миокарда левого желудочка снизилась до 50-56%, у одного (1,4%) – до 46%. У двух (2,8%) больных выявлена дискинезия межжелудочковой перегородки (МЖП), у одного (1,4%) – гипокинез задней стенки ЛЖ. У 6 (8,3%) отмечался небольшой выпот в полости перикарда (80-120 мл), у одного пациента (1,4%) объем выпота достигал 240 мл. У двух больных (2,8%) наблюдался гидроторакс. ВЭМ проба пациентам, перенесшим COVID-19 средней тяжести, месячной давности, не проводилась.

У пациентов, перенесших COVID-19 в тяжелой степени, через месяц изменения со стороны ЭКГ были более глубокими и разнообразными, чем в группах с легким и средним течением заболевания. Так, нарушения процессов реполяризации встречались у 14 пациентов (19,4%), номо-топные нарушения ритма в виде синусовой тахикардии – у 12 (16,7%), желудочковая экстрасистолия – у 6 (8,3%), наджелудочковая экстрасистолия – у 3 (4,2%), по одному случаю (1,4%) пароксизмальной наджелудочковой тахикардии и мерцательной аритмии, очаговые изменения – у 3 (4,2%) больных. Нарушение проводимости зарегистрировано у 6 пациентов (8,3%): из них по 1 случаю АВ блокады I, II степеней и блокада левой ножки пучка Гиса, у 2 больных – неполная блокада правой ножки пучка Гиса и у 1

больного – СА блокада II степени. У 2 (2,8%) пациентов зарегистрирован удлиненный интервал QT.

При Эхо-доплерографии у 8 пациентов (11,1%) отмечается увеличение КСР и КДР, у 5 (6,9%) – дискинезия МЖП, у 3 (4,2%) – гипокинез стенок, у 3 (4,2%) – снижение фракции выброса (ФВ) до 50-56%, у 2 ФВ снизилась до 45%, у 1 пациента (1,4%) обнаружен тромб в полости левого желудочка. Выпот в полости перикарда отмечен у 9 пациентов (12,5%) в объеме 70-120 мл, у 2-пациентов выпот составил 120-160 мл, у 1-го – 200 мл. Гидроторакс выявлен у 11 (15,3%) больных. ВЭМ-проба пациентам, перенесшим COVID-19 в тяжелой степени, месячной давности, не проводилась.

При проведении, вышеуказанных исследований через 6 месяцев у пациентов, перенесших COVID-19 в легкой форме на ЭКГ зарегистрирована синусовая тахикардия (ЧСС 91-134 уд/мин.) у 13 пациентов (18,1%), у 22 – снижение процессов реполяризации, у 3 (4,2%) – нарушение ритма в виде ЖЭ – у 2, НЖЭ – у 3, нарушение проводимости в виде АВ блокады I степени, неполной блокады правой ножки пучка Гиса – по 1 случаю, удлинение интервала QT зарегистрировано у 3 пациентов.

При Эхо-доплерографии снижение ФВ до 54% выявлено у 1 пациента. Показатели КСР, КДР, КСО, КДО, ударный объем, по сравнению с исходными данными, оставались в пределах нормы. При проведении ВЭМ-пробы у 5 больных (6,9%) толерантность к физической нагрузке была высокая, у 14 (19,4%) – средняя, у 15 больных (20,8%) – снижена, у 3 пациентов (4,2%) во время нагрузки появилась желудочковая экстрасистолия.

У пациентов, перенесших COVID-19 средней тяжести, на ЭКГ наблюдалась синусовая тахикардия у 7 больных (9,2%), ЖЭ – у 6 (8,3%), НЖЭ – у 4 (5,6%). АВ блокада I степени зарегистрирована у 1 (1,4%), блокада правой ножки пучка Гиса – у 2 (2,7%) больных. Очаговые изменения зарегистрированы у 4 (5,6%) пациентов, еще у 4 (5,6%) отмечалось удлинение интервала QT. При Эхо-доплерографии у 7 пациентов (9,7%) отмечено увеличение КСР, КДР, КСО, КДО, у 8 ФВ снизилась до 50-56%, у 3 больных – до 45-49%. У 3 пациентов наблюдалась дискинезия МЖП, у 2 – гипокинез стенок, тромбы в полостях сердца – у 2 обследованных. У 8 ранее переболевших сохранялся выпот в полости перикарда – 80-120 мл, у 3 – до 170 мл, у 1 пациента объем выпота достигал 500-600 мл. У 9 пациентов наблюдался гидроторакс.

При ВЭМ-пробе у 9 из 16 пациентов толерантность к физической нагрузке была снижена, у 2 - средняя толерантность к физической нагрузке. 5 пациентам ВЭМ-проба не проведена из-за плохого самочувствия (слабость, одышка).

У пациентов, перенесших COVID-19 в тяжелой форме, через 6 месяцев были обнаружены следующие изменения на ЭКГ: у 4 (5,6%) появились очаговые изменения в миокарде, синусовая тахикардия - у 9 (12,5%), мерцательная аритмия - у 1 (1,4%), наджелудочковая тахикардия - у 1 (1,4%), ЖЭ - у 7 (9,2%), НЖЭ - у 5 (6,9%), нарушение процессов реполяризации - у 7 (9,7%) больных, у 11 пациентов (15,3%) зарегистрировано удлинение интервала QT, у 5 (6,9%) - AV блокада I степени, у 1 - AV блокада II степени, у 1 - блокада левой ножки пучка Гиса, у 4 (5,6%) - блокада правой ножки пучка Гиса. При Эхо-доплерографии увеличение КСР, КДР, КСО, КДП отмечено у 5 пациентов (6,9%), гипокинез стенок ЛЖ - у

6 (8,3%), дискинезия МЖП - у 4. Снижение ФВ до 50-56% наблюдалось у 6 ранее переболевших, до 40-50% - у 4, < 40% - у 1, тромбы в полостях сердца - у 2-х пациентов. Выпот в полости перикарда был выявлен у 10 пациентов (13,9%) в объеме 70-120 мл, у 2 (2,8%) - до 180 мл. Гидроторакс обнаружен у 14 (19,4%) человек. При проведении ВЭМ-пробы у 17 из 22 пациентов отмечена низкая толерантность к физической нагрузке, у 4 - средняя, 1 пациенту из-за тяжести состояния ВЭМ-проба не проведена.

Заключение. Анализ проведенных исследований в динамике выявил зависимость частоты и глубины изменений функциональных показателей, полученных с помощью ЭКГ, ЭхоКГ-доплерографического исследований и ВЭМ-пробы, от тяжести COVID-19, что требует адекватных мер медикаментозного лечения и реабилитационных мероприятий, направленных на увеличение сократительной способности миокарда.

Олимова Ф.К., Махкамов Қ.Қ., Тўхтаева Р.С., Эшонқулова Г.Ҳ.

ҶАРАЁНИ ИЛТИҲОБИ ШУШ ДАР НАВЗОДОНИ НОРАСИД

МТД «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»,
кафедраи бемориҳои кӯдакони наврод
МД «Таваллудхонаи №1» шаҳри Душанбе

Мақсади тадқиқот. Муайян кардани баъзе омилҳои инкишофи пневмонияи модарзоди ва хусусияти ҷараёни он дар навродони норасида.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили тарҷеҳии 200 таърихи таваллуд ва таърихи инкишофи навродон гузаронида шуд. Аз онҳо 40 таърихи навродони бо ташҳиси пневмония ғавтида буданд. Нишондодҳои анамнезӣ, клиники - лабораторӣ: таҳлилоҳои умумии хун, ултрасадои майнаи сар ва узвҳои дарунӣ, бебиграмма омӯхта шуд. Ташҳис ва тарзи табобат мувофиқи протоколҳои миллии аз тарафи Вазорати Тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ аз 14. 01. 2019 с.(№19) тасдиқшуда муайян карда шуд [1].

Натиҷаҳои тадқиқот. Таҳлили ҷараён ва оқибатҳои ҳомиладориҳои пешина ва валодат муаммоҳои ҳатари валодатро дар 62% -и модарон, бо оқибати бачапартоӣ дар 17% -ро

ошкор кард. Дар 66% -и ҳолат обҳои назди тифли омехта, дар 19% -и ҳолат меконилии ғавс буданд. Оризаҳои ҷунин ҳолатҳо хориоамнионит буд (26%).

Таҳлили таърихи валодат бемории экстрагениталии омехтаро муайян кард, ки аз онҳо бемориҳои роҳҳои нафаскашӣ (88%), хуруҷи бемориҳои роҳҳои пешоброн (67%), анемияи дараҷаи гуногун (54%). Аломатҳои асфиксияи муътадил дар 39% -и ҳолат, асфиксияи вазнин дар 16% -и ҳолат дида шуд.

Аломатҳои клиникии норасоии норасоии нафаскашӣ дар ҳама кӯдакон дар ҳол баъди таваллуд ба монанди ретракцияи кафаси сина, бо иштироки қанотҳои бинӣ зохир мешуданд. Хориҷоти кафк дар лабон (72%), хуруҷи апноэ дар рӯзи аввал 23% ва дар рӯзҳои дигар 38% хос буданд. Дигар аломатҳои клиникӣ ба монанди қабудшавӣ (56%), пастшавии ҳаракат (49%), қайғқунӣ

(45%), хокистаррангии пўст (38%) буданд. Одатан аломатҳо омехта буданд. Ҳангоми аускултатсия нафаси сусти (59%), ва ё хирросҳои крепитикӣ дар зери нафаси сусти шунида мешуд (41%). Бояд қайд кард, ки вайроншавии терморегулятсия бо ноустувории ҳарорати бадан (гипотермия) махсусан дар навзодони ниҳоят камвазн зоҳир мешуд.

Бо назардошти номуайянии аломатҳои клиникӣ, шартӣ асосии ташҳис тасдиқи рентгенологӣ буд, ки дар 53% -и он аз ҳарду тараф сояҳои инфилтратӣ, бо фосилаҳои номуайян дида мешуд. Дар 47% ҳаёти яктарафа буд, бештар аз чап (69%), ки сояҳо ассосан дар як ҳиссаи шуш буданд, иллати 2 ҳиссаи шуш кам буданд.

Хуруҷи аломатҳои клиникӣ аз 2-юм шабонаруз бо зиёдшавии норасоии нафаскашӣ вобаста бо пайдошавии сулфа ва ҷамшавии балғами бодушвори бароваранда (72%) пайдо мешуданд, ки хуруҷи апноэро дар чунин категорияи беморон ба вучуд меовард (78%). Бояд қайд кард, ки чунин вазъият дар ҳама

кӯдакони дар вентилатсияи сунъӣ қарор дошта аз шабонарузи аввал пайдо шуда буданд, ки санҷиши гузариши роҳҳои нафаскаширо талаб мекард. Дар таҳлилҳои лабораторӣ фаъолияти гуморалӣ дар марҳилаҳои аввал сусти буд, бо беҳтаршавии ҳолати клиникӣ фаъолият бо намуди баландшавии миқдори мутлақ нейтрофилҳо, ИЛ (индекси лейкоцитарӣ) мушоҳида шуданд. Ҳангоми бармаҳал пайвасти кардани ғизои парентералӣ, антибиотикҳои гурӯҳи резерв (дар вақти манфӣ будани ИЛ) ва дохили варид иммуноглобулинҳои бо титри баланди антителаҳои агглютиниини зидди антигенҳои бактерияҳо (пентаглобин) ҳаёти беморӣ бештар хуб анҷом меёфт.

Хулоса. Боқӣ мондани сатҳи баланди бемории пневмония аз баландшавии бемории омехтаи экстрагениталӣ ва акушерӣ-гинекологии модар вобастагӣ дорад. Барои норасидҳо гуногуншаклии аломатҳои клиникӣ пневмония хос аст, ки тасдиқи ҳатмии рентгенологиро талаб менамояд.

Раунова Р.И., Низорова Ё.Г., Бабаева Н.С., Набиев М.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДАХ ДИЛЯТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней с неонатологией Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Провести анализ медицинской документации больных с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), находившихся на лечении в кардиоревматологическом отделении детской областной больницы г. Худжанда.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 26 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 15 лет, находившихся на лечении в кардиоревматологическом отделении с диагнозом: ДКМП. Из них мальчиков было 14 и 12 девочек.

Исследованы структура, этиология, течение и исход заболевания.

Обследование пациентов включало сбор анамнеза, электрокардиографию, УЗИ сердца, измерение величины артериального давления (АД), рентгенографию грудной клетки.

В зависимости от возраста больные были разделены на 2 группы: I группа – (n=13) дети от 1 года до 3 лет; II группа – (n=13) дети от 4 до 15 лет.

Результаты и их обсуждение. У пациентов первой группы основными причинами в дебюте развития болезни были перенесенная вирусная инфекция (8), сепсис (2), врожденный кардит (3).

Дети поступили с жалобами на быструю утомляемость при физической нагрузке, отставании в росте, умеренную одышку, слабость.

У пациентов второй группы перенесенная острая вирусная инфекция отмечена у 7 больных, анемия – у 4, кроме того, у 2 больных предположена наследственная предрасположенность (ДКМП выявлена у брата и сестры).

Все пациенты поступали с жалобами на быструю утомляемость, одышку, боли в области сердца, у 2 больных отмечалась склонность к обморокам.

Выделены несколько вариантов течения патологии у больных первой группы: благоприятное – 7 больных (53,8%), медленно прогрессирующее – у 3 (23,1%) и рецидиви-

рующее - у 3 (23,1%) детей. В течение 5 лет в этой группе смертности не отмечалась.

Во второй группе больных благоприятное течение отмечено у 2 (15,3%), медленно прогрессирующее - у 6 (46,1%), рецидивирующее - у 2 (15,3%) и быстро прогрессирующее - у 3 (23,1%) детей

В течение 3 лет в этой группе летальный исход отмечен в 3 случаях. Причиной смерти явилась рефрактерная сердечная недостаточность (у 2 больных) и рефрактерная сердечная недостаточность с нарушением ритма – экстрасистолия желудочковая (у 1 больного).

Из перенесенных заболеваний у детей с ДКМП чаще всего отмечена вирусная инфекция. Течение и исход ДКМП у детей характеризовались значительной вариабельностью.

Наибольшая выживаемость наблюдалась у детей раннего возраста.

Заключение. Полученные результаты не позволили однозначно указать на особенности течения и возможность прогноза заболевания на основании тяжести состояния больных и выраженности сердечной недостаточности в дебюте заболевания. Чем раньше обнаружено заболевание и начато лечение, тем оптимистичнее прогноз. Комплексный подход к ведению больных на основе взаимодействия специалистов различного профиля, системы преемственности детской поликлиники, педиатрического стационара и кардиологического центра позволяют предупредить обострение и обеспечивают достойное качество жизни детей с одним из самых тяжелых заболеваний в кардиологии детского возраста.

Раупова Р.И., Расулова Г.М., Орипов Г.А., Давлятова Ш.Д.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ГИПОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Кафедра детских болезней с неонатологией Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить анамнез, особенности клиники бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста с перинатальной энцефалопатией (ПЭ) и без неё, а также разработать прогностические критерии риска развития, выработать тактику лечения в клинической практике врача-педиатра.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов в возрасте от 2 мес. до 2 лет, находившихся на стационарном лечении в ДОКБ г. Худжанда.

Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование (сбор анамнеза, осмотр, наблюдение неврологом в динамике, рентгенография грудной клетки, по показаниям - компьютерная томография головного мозга, электроэнцефалография и др.).

Результаты и их обсуждение. Больные были разделены на две группы. I группа (n=38) - дети с обструктивным бронхитом и с клинико-анамнестическими данными поражения нервной системы, в основном,

гипоксически-ишемического генеза, II группа (n=22) дети, родившиеся без поражения ЦНС. Среди синдромов ПЭ чаще всего отмечен синдром вегетативно-висцеральных дисфункций в сочетании с гипертензионно-гидроцефальным синдромом - у 13 детей (34,2%), с двигательными нарушениями - 65,8%, сочетание синдромов отмечено у 15%.

Анализ течения беременности и родов у матерей I группы показал, что отягощенный акушерский анамнез (гестоз, угроза прерывания беременности, отягощенные роды, ОРВИ и др.) встречались гораздо чаще (в 8-9 раз), чем у матерей детей II группы. Анализ данных клинического течения БОС показал, что сроки возникновения, степень тяжести и продолжительность БОС были различными. БОС у детей на фоне ПЭ развивался, в среднем, на 2-3 день и сопровождался нарастанием симптомов внутричерепной гипертензии, что клинически проявлялось пульсацией и напряженностью большого родничка,

запрокидыванием головы, тремором и у 3 детей судорожной готовностью. При соответствующей коррекции явления БОС в этой группе купированы. Во 2 группе бронхообструкция развивалась на 5-6 день болезни и купировалась спустя 2-3 дня. Температура почти у всех детей 1 группы была субфебрильной (63%) и нормализовалась на 6-7 сутки. Во 2 группе чаще отмечалась фебрильная температура (57%), которая нормализовалась на 3-4 день заболевания.

Изменения в бронхолегочной системе у детей первой группы держались почти в 2 раза дольше.

Заклучение. У детей раннего возраста с ПЭ БОС развивался сравнительно чаще и раньше, дольше сохраняясь при этом. К факторам риска развития БОС относится отягощенный акушерский анамнез.

Своевременная патогенетическая терапия в сочетании с терапией ПЭ приводит к купированию БОС.

¹Раҳимова М.Ғ., ²Болтубоев Д.Э., ²Раунов А.В., ²Қўраев Э.Э.

ТАЪСИРИ БЕМОРИИ СИРОЯТИИ COVID-19 БА БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ФИШОРБАЛАНДИ ШАРАЁНИ

¹Кафедраи кардиология бо курси фармакологияи клиникии МДТ «ДТБКСТҚТ»

²Маркази бемориҳои дил ва қарроҳии дилу рағҳои вилояти Суғд

Маъвод ва тарзи тадқиқот. Ҳамаги 3586 таърихи бемороне, ки бо ташҳиси «Фишорбаланди шараёни» дар Маркази бемориҳои дил ва қарроҳии дилу рағҳои вилояти Суғд (МБДҚДРВС) табобат гирифтанд таҳлил карда шуд. Аз онҳо 969 таърихи беморӣ то давраи паҳншавии бемории сироятӣ дар Тоҷикистон ва боқимонда 2617 таърихи беморӣ дар давраи ором будани ҳолатҳои эпидемиологи дар Тоҷикистон, яъне дар шашмоҳаи аввали 2021 сол мебошад.

Таҳлил аз рӯи чунин нишондодҳо гузаронида шуд:

- сатҳи фишори хун ҳангоми қабул
- ҷой доштани бемории ҳамрав ба монанди «Диабети қанд»
- ҷой доштани оризанокии ин беморӣ – «Норасоғии гардиши хун»

Натиҷаи тадқиқот. Маълум гардид, ки дар байни 969 нафар беморони гирифтори фишорбаланди шараёни, ки дар шашмоҳаи аввали 2020 сол ба МБДҚДРВС бистарӣ гардидаанд, аз онҳо 263 нафар (27,2%-ро ташкил медиҳад) ҳангоми бистарӣ сатҳи фишори хун зиёда аз 180 мм ст. сим. доштанд, 238 нафар (24,6%) бемории ҳамрав - дибети қанд доштанд ва 323 нафар (33,4%) норасоғии гардиши хун муайян карда шуд.

Дар байни 2617 таърихи беморие, ки дар шашмоҳаи аввали 2021 сол таҳлил карда шуд 1473 нафар (56,3%) ҳангоми қабул сатҳи фишори хун зиёда аз 180 мм ст.сим. доштанд. Ҳамаги 1352 нафар, ки 51,7%-ро ташкил медиҳад диабети қанд доштанд ва ба 1201 нафар бемор 45,9% норасоғии гардиши хун муайян карда шуд. Қобили қайд аст, ки айни ҳол дар МБДҚДРВС ба беморони бистаришуда ҳангоми қабул таҳлили хун ба бемории сироятии COVID-19 бо роҳи тести оҷилӣ гузаронида мешавад. Маълум гардид, ки дар байни 1428 (54,0%) нафар беморони бо фишорбаланди шараёни қабулгардида таҳлили COVID-19 IgG мусбӣ ба қайд гирифта шуд.

Хулоса. Ҳамин тавр, дар натиҷаи таҳлили муқоисавии таъриҳҳои беморони гирифтори фишорбаланди шараёни маълум гардид, ки бемории сироятии COVID-19 ба ҷараёни беморӣ таъсири манфӣ расонида ҳолати беморро ноустувор вазнин гардонида авҷи бемориҳои ҳамрав ва оризаҳои ин бемориро ба монанди норасоғии гардиши хун дучанд афзуд. Ҳамзамон дар натиҷаи таҳлили нишондодҳои омории МБДҚДРВС маълум гардид, ки шумораи бистаришудагон бо ташҳиси «Фишорбаланди шараёни» нисбати шашмоҳаи соли гузашта 1648 нафар ё ки ба ду маротиба зиёд гардид.

Рахматов А.Б., Расулова Н.А.

КОРРЕКЦИЯ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ Республики Узбекистан

Цель исследования. Изучение терапевтической эффективности препарата «Полиоксидоний» у больных псориазом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 100 больных псориазом (мужчин - 65, женщин - 35) в возрасте от 18 до 55 лет и давностью заболевания от 6 месяцев и более 20 лет. Были выделены следующие клинические формы псориаза: вульгарная – у 39 (39,0%) больных, экссудативная – у 19 (19,0%), артропатическая – у 32 (32,0%) и эритродермическая – у 10 (10,0%) больных. В соответствии с задачами исследования, исходное обследование больных включало общеклиническое исследование, дерматологический осмотр и оценка индекса PASI, определение биохимических показателей (метаболический синдром), оценку показателей иммунного (проточная цитофлуориметрия) и цитокинового (ИФА-метод) статусов. Для регистрации суставного синдрома использовались критерии Caspar и новые инструментальные технологии (МРТ). В комплексной терапии больных псориазом использовался препарат «Полиоксидоний» в качестве иммуномодулирующего средства, который назначали по 12 мг 3 раза в день в течение 1,5-2 месяцев.

Результаты и их обсуждение. У всех больных псориазом выявлены значительные изменения показателей клеточного звена иммунитета, особенно по таким показателям, как CD4+, CD8+, CD4+/CD8+, CD95, что являлось доказательством наличия вторичного иммунодефицита при данном дерматозе. Кроме этого, в фокусе от клинической формы псориаза выявлены повышенные

значения провоспалительных цитокинов, особенно по показателям ФНО-альфа ($p < 0,001$) и ИЛ-17 ($p < 0,001$). Полученные данные являются свидетельством девиации цитокинового профиля по пути Th1-типа иммунного ответа. Проведенное лечение препаратом «Полиоксидоний» позволило при всех формах псориаза получить достоверное снижение индекса PASI, даже при явлениях эритродермии, что является доказательством патогенетически обоснованной терапии.

Большинство современных концепций патогенеза псориаза сфокусировано на повышении секреции провоспалительных цитокинов, которые секретируют все иммунокомпетентные клетки, участвующие в данном процессе. Содержание ФНО-альфа и ИЛ-17 находится в прямой зависимости от клинической формы дерматоза. Применение полиоксидония в первую очередь приводит к достоверному понижению уровня ФНО-альфа. Следует указать, что именно провоспалительный цитокин ФНО-альфа является наиболее важным при любых формах псориаза.

Заключение. У больных псориазом выявляются значительные отклонения цитокинового статуса, что приводит к нарушениям функции иммунной системы, т.е. хронизации псориатического процесса и формированию тяжелых его форм. Проведение стандартной терапии в комбинации с полиоксидонием способствует нормализации изученных параметров иммунного и цитокинового статусов, что выражалось достоверным понижением индекса PASI и активацией как Th1-, так и Th2- путей регуляции иммунного ответа.

Рахматов А.Б., Расулова Н.А.

СЕКУКИНУМАБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ Республики Узбекистан

Цель исследования. Клиническая оценка применения сикукинумаба у больных псориазом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 18 больных (мужчин – 10, женщин – 8) псориазом в возрасте от 25 до 45 лет и давностью заболевания от 3 до 10 лет. Клинически были выделены следующие формы псориаза: распространенная экссудативная форма (индекс PASI составлял $38,1 \pm 2,5$ баллов) – у 9 больных; псориатический артрит (индекс Caspar) – у 5 больных; псориаз ладоней и подошв – у 4 больных. Псориатическая ониходистрофия была установлена у всех больных псориазом.

Были проведены исследования иммунного статуса методом проточной цитофлуориметрии «BeckmanCoulterNavios», показатели интерлейкинов (ИЛ-2, ИЛ-4, ФНО-альфа, ИЛ-17, ИЛ-23) изучены методом ИФА с использованием специальных наборов.

При лечении больных псориазом применялся биологический препарат – секуки-
нумаб, являющийся первым селективным
ингибитором ИЛ-17А. Препарат вводится
подкожно в дозе 300 мг по специальной
схеме: в момент посещения и затем каждую
последующую неделю (5 инъекций), далее –
один раз в месяц до получения клинического
эффекта.

Результаты и их обсуждение. Лечение большим псориазом проводилось в виде монотерапии для получения объективного результата. Наиболее быстрый клинический результат был получен при распространенном псориазе, так как через 5 месяцев отмечалось снижение индекса PASI с $38,1 \pm 2,5$ до $7,25 \pm 1,2$ баллов, соответственно при $p < 0,001$. Для получения клинического эффекта у больных псориазом с артритом понадобилось применять препарат до 10 месяцев. Аналогичная ситуация сложилась и с больными ладонно-подошвенным псориазом.

Псориазическая ониходистрофия подвергалась регрессу с проксимальной своей части через 4-5 месяцев лечения препаратом секукинумабом. Положительная динамика со стороны изученных показателей иммунного и цитокинового статусов отмечалось, в среднем, на 3-4 месяцах лечения, особенно по таким показателям, как ИЛ-17 и ИЛ-23.

Применение биологических препаратов, являющихся селективными ингибиторами различных цитокинов, в том числе ИЛ-17А, считается наиболее эффективным, так как позволяет непосредственно влиять на патогенетические механизмы дерматоза, тем самым уменьшая выраженность воспаления. Секукинумаб действует на ИЛ-17А и подавляет его взаимодействие с рецептором ИЛ-17, который экспрессируется на клетках различных типов, включая и кератиноциты. Секукинумаб имеет непосредственное воздействие на такие клинические проявления псориаза, как кожа, энтезиты, ногти, периферические суставы. При введении секукинумаба уже на второй неделе отмечается снижение экспрессии ИЛ-17А и несколько в меньшей степени – ФНО-альфа. Ни в одном случае не было зарегистрировано каких-либо побочных явлений от приема секукинумаба.

Заключение. При лечении тяжелых форм псориаза (индекс PASI составляет более 30 баллов) рекомендуется применение биологического препарата секукинумаб, представляющего собой полностью человеческие антитела (IgG1), которые селективно связываются и нейтрализуют провоспалительный цитокин ИЛ-17А. Прямым следствием лечения секукинумабом является уменьшение выраженности покраснения, утолщения и шелушения кожи, что наблюдается в очагах поражения псориаза. В арсенале дерматолога появилось эффективное и безопасное средство, позволяющее на длительные сроки вызывать ремиссию псориаза.

Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВРОЖДЕННОГО БУЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ Республики Узбекистан

Цель исследования. Изучение распределения генов, ассоциированных с различными

формами врожденного буллезного эпидермолиза.

Материал и методы исследования. Созданный Национальный регистр по буллезному эпидермолизу насчитывает 274 пациентов с различными клиническими формами указанного генодерматоза. Гены буллезного эпидермолиза определяли в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава Российской Федерации методом мультиплексной молекулярно-генетической диагностики с исследованием таргетных областей 24 генов методом массового параллельного секвенирования с дальнейшей валидизацией выявленных вариантов генома посредством метода двунаправленного секвенирования по Сэнгеру.

Результаты и их обсуждение. Наибольшее количество генов было определено при простом буллезном эпидермолизе (TGM5, PKP1, DSP, JUP, CHST8, CDSN, KRT5/KRT14, DST, EXPH5, ITGA5, ITGB4, PLEC), пограничном (LAMA3/LAMB3/LAMC2, ITGA6/ITGB4, ITGA3, COL17A1, CD151), дистрофическом (COL7A1) и при синдроме Кинлера (FERMT1). Географические особенности ВБЭ были определены для 37 обследованных детей из 29 семей. При переходе на анализ по областям становится очевидным, что частота описанных случаев ВБЭ в южных регионах республики (Сурхандарьинская и Кашкадарьинская области) значительно превосходит показатели других регионов. Анализ молекулярно-генетических особенностей позволил оценить частоту мутирования 8 генов у обследованных нами детей посредством изучения распределения вариантов генома. Иногда

выявлялись редкие гены, которые с учетом сегрегации исключались, как этиологические факторы буллезного эпидермолиза. Одним из наиболее часто встречаемых генов являлся COL7A1, что и обуславливало постановку диагноза в виде дистрофической формы буллезного эпидермолиза. На втором месте находился ген мутации KRT14, который способствовал развитию простой формы ВБЭ. На третьем месте находился доминантный мутации ген KRT5, который также приводил к развитию простой формы ВБЭ.

Несмотря на все технические сложности в проведении молекулярно-генетических исследований у больных ВБЭ, подобный подход является наиболее целесообразным, так как позволяет установить не только ассоциацию заболевания с известными генами мутаций, но и выявляет редкие гены, сочетание которых способно изменять дальнейшее течение генодерматоза. На основании подобных исследований представляется возможность внедрения новых классификаций, учитывающих различные клинические проявления заболевания как кожных, так и внекожных.

Заключение. Примененный метод молекулярной диагностики ВБЭ позволяет уточнить в спорных случаях клинический диагноз, а также описать частоту различных генов среди узбекской популяции, определить демографические и географические особенности развития наследственных заболеваний, которые сопровождаются симптомокомплексом ВБЭ.

¹Рахматуллаева М.А., ²Рахимов З.Я.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

¹ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение электрокардиографических данных у детей, страдающих сахарным диабетом I типа.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни детей от 1-го года до 17 лет с сахарным диабетом I типа, находящихся на лечении в эндокринологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”»

за период с января по декабрь 2019 г. Регистрация ЭКГ проводилась с помощью электрокардиографа «ContecTM» по стандартной технологии. ЭКГ записывали в состоянии покоя в положении больного лежа на спине. Проводился анализ следующих компонентов ЭКГ: частота сердечных сокращений, электрическая ось сердца, ширина и амплитуда зубца P, интервал PQ, ширина и состояние

комплекса QRS, интервал QT, состояние сегмента ST и амплитуда зубца Т.

Результаты и их обсуждение. Основным диагнозом при поступлении детей был сахарный диабет 1 типа. Из 30 детей мальчиков было 10 (33,3%), девочек - 20 (66,7%) в возрасте от 1-го года до 17 лет. Анализ частоты сердечных сокращений (ЧСС) показал, что у 12 (40,0%) больных она остается в пределах возрастной нормы, у 17 (56,6%) наблюдалась тахикардия, которая выражалась увеличением частоты сердечных сокращений больше возрастной нормы, сохранением правильного синусового ритма, положительным зубцом Р в I, II, aVF, V4-V6 отведениях, у 1 (3,3%) пациента наблюдалась синусовая брадикардия, которая проявлялась уменьшением частоты сердечных сокращений меньше возрастной нормы, сохранением правильного синусового ритма, положительным зубцом Р в I, II, aVF, V4-V6 отведениях. Электрическая ось сердца у 18 (60,0%) больных была в пределах возрастной нормы, у 12 (40%) отклонена влево, что выражалось отклонением угла α от 0° до -30° . При анализе зубца Р было выявлено, что у всех больных (100%) амплитуда не превышала 2,5 мм, ширина не более 0,1 с, полярность зубца Р - положительный в I, II, III стандартных отведениях. Длительность интервала PQ у 12 (40,0%) детей была в пределах возрастной нормы, у 17 (56,6%) ниже, у 1 (3,3%) - выше

возрастной нормы. Продолжительность зубца Q была не более 0,03 с и амплитуда не более $\frac{1}{4}$ амплитуды зубца R в этом же отведении. У всех детей (100%) длительность комплекса QRS не превышала 0,08 с. У 11 (36,6%) пациентов отмечался подъем сегмента ST выше изолинии, уменьшение или исчезновение зубца S в левых грудных отведениях. Отмечалось укорочение сегмента ST у 17 (56,6%) больных. При анализе интервала QT отмечено, что у 1 (3,3%) пациента имелось увеличение длительности этого интервала выше возрастной нормы, у 17 (56,6%) - укорочение, по сравнению с возрастной нормой, у 12 (40,0%) пациентов длительность интервала соответствовала норме. При анализе зубца Т (в норме 1:3 или 1:4 зубца R) у 15 (50,0%) детей наблюдалось уплощение зубца, у 11 (36,6%) амплитуда была выше нормы, а у оставшихся 4 (13,3%) больных она соответствовала норме. Объективные признаки диффузно-дистрофических изменений миокарда были обнаружены у 2 (6,6%) больных с сахарным диабетом.

Заключение. Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что у детей с сахарным диабетом I типа наиболее часто встречаются такие нарушения, как синусовая тахикардия и нарушения процессов реполяризации, что свидетельствует о начальных признаках вегетативной сердечной нейропатии и миокардиодистрофии.

¹Рашидов И.М., ²Шукурова С.М., ²Бобиева Н.Х.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

¹ГУ «НИИ профилактической медицины» МЗиСЗН РТ

²Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Представить клинико-функциональную характеристику, характер сопутствующих болезней и прогностические маркеры диабетической нефропатии (ДН).

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужил анализ 680 историй болезни и выписных эпикризов пациентов с диагнозом хроническая болезнь почек (ХБП), находившихся на стационарном лечении в нефрологическом

отделении медицинского центра «Шифобахш» в 2018-2020 гг.

Все пациенты проходили исследование на: ИМТ, ОТ, ОБ, соотношение ОТ/ОБ. Биохимические исследования – уровень ОХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, мочевой кислоты креатинина, гликированный гемоглобин. Расчет СКФ – по методу Кокрофта-Голта, при СКФ > 130 мл/мин/173м² – оценивали как гиперфильтрацию. Уровень АУ – определяли в суточной

моче с градацией на: НАУ (<30 мг/с), МАУ (30 – 299 мг), ПУ (≥300 мг/сутки).

У всех больных рассчитывали индекс коморбидности по Charlson (1987, Mary Charlson) по разработанному опроснику.

Результаты и их обсуждение. Анализ медицинской документации больных нефрологического отделения показал, что пациенты с диагнозом ДН и ХБП составили 45,9% (n=312) от общего числа больных с ХБП. Анализ 312 историй болезни и выписных эпикризов показал, что ДН в чистом виде диагностирована у 207 (66,4%) больных. В 17,6% случаев ДН наблюдалась в ассоциации с пиелонефритом (n=55), МКБ (n=15) - 4,8%. В 11,2% (n=35) случаев ДН встречался в ассоциации с другими заболеваниями.

Кардиоваскулярные заболевания и патология нервной системы у больных с ДН наблюдаются с высокой частотой. Среди них АГ с частотой 95,1%, при этом у женщин чаще, чем у мужчин – 98,3% и 80% соответственно. На втором месте ИБС – 57,4%, у мужчин чаще, чем у женщин - 74,4% и

44,4% соответственно. Варикозная болезнь и аритмии наблюдались с частотой 15,4% и 19,8% соответственно. Из патологии нервной системы полинейропатия и цереброваскулярная болезнь встречались в 90,8% и 65,2% случаев. Замыкает тройку лидерства ожирение, которое в 46,3% случаев было в ассоциации с ДН.

Гликированный гемоглобин при всех стадиях ДН находился на одном уровне, а МАУ достоверно чаще при 2 и 3 стадиях. Систолическое АД увеличивается с тяжестью. Цифры креатинина на стадии ПУ составили, в среднем, 139,1 ммоль/л, против 76,1 ммоль/л на стадии НАУ, а показатели СКФ достоверно снижены с утяжелением стадии ДН.

Заключение. ДН в структуре ХБП занимает лидирующие позиции, при этом встречается как в чистом виде, так и в сочетании с другими заболеваниями. Диапазон сопутствующих заболеваний при ДН весьма широк, а исследование альбуминурии имеет прогностическое значение ДН как на ранних, так и на поздних стадиях.

Сабиров У.Ю., Хикматов Р.С.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ Республики Узбекистан

Цель исследования. Совершенствование диагностики и лечения больных с зоонозным кожным лейшманиозом

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 120 больных (мужчин - 64, женщин - 56) с зоонозным кожным лейшманиозом в возрасте от 18 и старше 50 лет.

Были установлены следующие клинические формы зоонозного кожного лейшманиоза: лейшманиома – у 25 (20,8%) больных; изъязвленная лейшманиома – у 38 (31,7%); лейшманиома, осложненная лимфаденитом и лимфангитом – у 28 (23,4%); лейшманиома, осложненная бугорками обсеменения – у 25 (20,8%); металеishманиоз – у 4 (3,3%) больных. У 97 из 120 больных (80,8%) диагноз был микроскопически подтвержден обнаружением лейшманий, в остальных случаях

была проведена генодиагностика, которая выявила *Leishmania tropica*.

Были изучены показатели клеточного звена иммунитета с помощью проточного цитофлуориметра «Beckman Coulter Navios» и содержание про- (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-альфа) и противовоспалительных (ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10) цитокинов методом ИФА.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что в зависимости от клинической формы зоонозного кожного лейшманиоза отмечают значительные изменения клеточного звена иммунитета, выражающиеся в достоверном снижении иммунорегулярного индекса ($p < 0,05$) и повышении содержания циркулирующих иммунных комплексов ($p < 0,001$). Было выявлено достоверное повышение содержания провоспалительных цитокинов, в особенности

ФНО-альфа ($p < 0,001$). С целью коррекции выявленных нарушений в комплексную терапию (антибиотики, витамины и др.) больных зоонозным кожным лейшманиозом была включена системная энзимотерапия, которая позволила повысить терапевтическую эффективность на 35,8%, так как потенцировала действие применяемого антибиотика и улучшала состояние иммунного и цитокинового статусов больных указанным дерматозом. Во многих случаях применяемая системная энзимотерапия устраняла болевые ощущения, наблюдаемые у больных зоонозным кожным лейшманиозом.

Состояние иммунного статуса у больных кожным лейшманиозом имеет непосредственное отношение к развитию осложненных его форм, в частности, поражение лимфатической системы и обсеменение бугорками вокруг основного очага поражения. Характер нарушений показателей цитокинового статуса указывает на характер

иммунного ответа у больных кожным лейшманиозом, что в дальнейшем проявляется в уровне стерильности иммунитета.

Заключение. До настоящего времени проблема кожного лейшманиоза остается весьма актуальной. Необходимо оценивать патогенетические механизмы кожного лейшманиоза, особенно состояние иммунного и цитокинового статусов, что позволяет вовремя коррелировать эти важные системы гомеостаза человека, а также вызывать эпителизацию язвенных образований и санацию очагов поражений от лейшманий. В этой связи считаем целесообразным использования в комплексной терапии больных кожным лейшманиозом препаратов системной энзимотерапии (вобэнзим), которые позволят значительно повысить терапевтическую эффективность стандартных методов терапии, исключая необходимость применения препаратов V-валентной сурьмы, отличающихся высокой токсичностью.

¹Табаров А.И., ¹Раджабзода М.Э., ²Навджуанов И.М., ¹Бухаризаде Б.К.

ПРЕДУПРЕЖДАЕТ ЛИ ДВОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ?

¹Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГОУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Провести анализ влияния двойной антиагрегантной терапии на тромбообразование и его профилактику при основных сердечно-сосудистых заболеваниях и COVID-19.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании проводился ретроспективный анализ историй болезней госпитализированных в Республиканский клинический центр кардиологии больных в отделение реанимации за период 01.01.2020 г. по 10.04.2020 г. с диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (ИБС) - «острый инфаркт миокарда». Было изучено 82 больных, из которых 34 (41,4%) - женщины, 48 (58,6%) - мужчины.

Результаты и их обсуждение. 22 (26,8%) больным проведена короангроангиография с последующей ангиопластикой (стентированием) - 13 (15,8%) пациентам. В 63

(76,8%) случаях наблюдались коморбидные состояния: сахарный диабет 2-го типа - у 29 (35,3%), ожирение - у 18 (21,9%), хронический бронхит - у 12 (14,6%), гиперхолестеринемия - у 54 (65,8%) больных. Всем пациентам при выписке из стационара была назначена двойная антиагрегантная терапия в течение 1 года. Ретроспективный анализ показал, что те больные, которым проведена ангиопластика (стентирование) и была назначена двойная антиагрегантная терапия в период эпидемии COVID-19, коронавирусную инфекцию перенесли намного легче. Только в 6 (7,3%) случаях отмечалась тяжелая пневмония с развитием острого дистресс-синдрома, что требовало повторной госпитализации. Не стоит забывать и о противовоспалительном и плейотропном эффекте статинов, которые все больные получали..

Заключение. Данный ретроспективный анализ показал, что прием двойной антиагрегантной терапии (аспирин + клопидогрел) в период эпидемии COVID-19 был эффективным в профилактике тромбообразования. Хотя данных региональных и международных исследований об эффективности

клопидогрела нет и, наоборот, применение клопидогрела в сочетании с противовирусными препаратами (допиновир + ритонавир (калетра)) не рекомендовалось, наше наблюдение доказывает оправданность и обоснованность применения данной антиагрегантной терапии.

Тоджибоева З.А., Файзуллоев Ф.А., Шамсов Б.А., Акбаров Ш.З.

ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ
Кафедра детских болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить особенности пневмонии у детей раннего возраста на фоне врожденных пороков сердца с обогащением малого круга кровообращения.

Материал и методы исследования. Обследованы 50 детей раннего возраста на фоне врожденных пороков сердца (ВПС) с обогащением малого круга кровообращения, находившихся на лечении в детском кардиоревматологическом отделении «Национального медицинского центра» Республики Таджикистан в 2019 гг. в возрасте от 0 до 3 лет, из них 25 (50%) мальчиков и 25 (50%) девочек.

Результаты и их обсуждение. Структура ВПС у обследованных детей чаще включала в себя простые пороки - дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - 46% (n-23), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) - 30% (n-15), открытый артериальный проток (ОАП) - 10% (n-5), сочетание ДМПП и ДМЖП - 14% (n-7).

У всех поступивших детей констатирована пневмония различной морфологической формы, в том числе очаговая – у 56% (n-28), очагово-сливная – у 44% (n-22).

Поводом для поступления больных в большинстве случаев явилось повышение температуры, одышка, симптомы интоксикации,

кашель, что расценивалось, как пневмония, подтвержденная рентгенологически. Тяжесть состояния поступивших детей обусловлена дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью. Большинство детей имели фоновые заболевания: рахит, гипотрофия, перинатальная энцефалопатия, экссудативно-катаральный диатез. Все дети получали антибиотики, бронхолитики, сердечные гликозиды, антигистаминные препараты, диуретики, симптоматическую терапию.

Регресс клинических симптомов отмечался, в среднем, в конце второй и начале третьей недели пребывания больных в стационаре.

Наблюдались осложнения пневмонии на фоне ВПС в виде: нейротоксикоза - 12 %, ДВС-синдрома - 21%, дыхательной недостаточности - 60%, прогрессирования сердечной недостаточности - 60%.

Заключение. Особенностью клиники пневмонии при ВПС является тяжелое и более длительное течение и быстрое развитие различных осложнений. При появлении клинических симптомов поражения респираторного тракта дети с ВПС должны госпитализироваться в стационар во избежание развития осложнений.

Файзуллоев А.И., Шукурова С.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХСН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить клинико-демографическую и морфофункциональную характеристику миокарда у больных с ХСН в зависимости от состояния ФВ левого желудочка.

Материал и методы исследования. Нами были исследованы 80 больных с ХСН I-III функциональных классов. Среди них 30 пациентов имели сохраненную ФВ ($\geq 50\%$), 25 – промежуточную (40-49%) и 25 – низкую ($< 40\%$). Средний возраст больных составил $62,6 \pm 8,6$ лет. Пациенты в сравниваемых подгруппах были: АГ (30%) и АГ в сочетании с ИБС (70%).

Диагноз ХСН устанавливали с использованием классификации ХСН по фракции выброса ЛЖ, по стадиям болезни (Стражеско-Василенко) и функциональному классу NYHA.

Эхо-кардиографическое исследование проводилось по стандартной методике в М-, В- и доплеровском режимах на ультразвуковой системе Vivid E9 производства GENERAL ELECTRIC HEALTH CARE (Германия). Сократительную способность миокарда ЛЖ оценивали, используя следующие показатели: конечный диастолический объем (КДО, мл), конечный систолический объем (КСО, мл), ударный объем (УО, мл), ФВ (в %), фракция укорочения (ΔS , %), минутный объем крови (МОК, л/мин).

Результаты и их обсуждение. В группе больных ХСН-сФВ преобладают женщины старше 60 лет в ассоциации с АГ и избыточной массой тела. Во второй группе (ХСН-нФВ) чаще встречаются мужчины старше 60 лет и без ожирения. Необходимо отметить, что у больных с ХСН-нФВ часто ($> 60\%$) наблюдается ПИКС, а АГ, как этиологический фактор, встречается редко. При этом доля больных АГ+ИБС в этой

подгруппе высока – $> 80\%$. В группе больных ХСН-нФВ преобладают мужчины с АГ+ИБС ($> 90\%$) и ПИКС ($> 65\%$).

Морфо-функциональные параметры миокарда у больных ХСН в зависимости от ФВ имеет свои особенности. Так, у больных со сниженной ФВ дилатация полостей сердца наиболее выражена, а у больных с ХСН-прФВ и ХСН-сФВ этот показатель не отличается, за исключением меньшей дилатации ЛЖ. В показателях конечного диастолического объема (КДО) и конечного систолического размера (КСР) между группами наблюдались достоверные различия. В подгруппе больных с ХСН-сФВ в большинстве случаев (73,3%) встречалось ремоделирование по типу концентрической гипертрофии, которая является доказательством диастолической дисфункции. Больные с ХСН-прФВ и ХСН-нФВ с наибольшей частотой имели эксцентрическую гипертрофию – 76% и 84% соответственно. Данный тип ремоделирования характеризуется дилатацией полостей сердца и большим объемом.

Заключение. При изучении ХСН в зависимости от ФВ выявлены принципиальные различия ХСН-сФВ в сравнении с ХСН-прФВ и ХСН-нФВ в плане этиологии и пола: у женщин с АГ и ожирением в возрастной категории старше 60 лет чаще встречается ХСН-сФВ. У больных с ХСН-сФВ часто наблюдается тип ремоделирования миокарда по типу концентрической гипертрофии, при этом состояние ФВ ЛЖ не влияет на тяжесть течения. Результаты КАГ свидетельствуют о наиболее выраженных нарушениях васкуляризации у лиц с ХСН со сниженной и промежуточной ФВЛЖ.

Файзуллоев А.И., Шукурова С.М., Касиров С.З.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. На основе ретроспективного анализа медицинской документации представить частоту, структуру, факторы риска, сопутствующую патологию больных с хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы исследования. Материалом для исследования были $n=650$ пациентов кардиологических отделений стационара, которые находились на лечении и обследовании по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) при наличии

у них в истории болезни установленного диагноза ХСН. Необходимые сведения внесли в специально разработанную карту. Диагноз ХСН устанавливали на основании Фрамингемских критериев и клинических рекомендаций Общества специалистов по СН РНМОТ от 2018 г. С целью постановки диагноза использовали классификации ХСН по ФВ ЛЖ, по стадиям болезни (Стражеско-Василенко) и ФК NYHA.

Результаты и их обсуждение. Анализ 1200 историй болезни пациентов, госпитализированных в ГУ РКЦ «Кардиология» в 2019 г., показал, что 54,1% (n=650) от общего количества пациентов имели установленный диагноз хронической сердечной недостаточности (ХСН). Из общего количества пациентов (n=650) большую часть составляли мужчины - 55,1% (n=358), женщины - 44,9% (n=292). Полученные данные свидетельствуют об имеющихся половых различиях в этиологии ХСН. У мужчин среди причин формирования ХСН основной является ИБС - 58,4%, а ведущей причиной развития ХСН у женщин служит АГ - 50,7%. АГ, как причина ХСН, у мужчин встречается в 20,4% случаев. Частота кардиомиопатии (ДКМП) у мужчин составила 16,2%, клапанные пороки сердца - 2,8%, у женщин - 9,3% и 9,9% соответственно. ИБС, как причина развития ХСН, у женщин встречается почти у каждой четвертой пациентки - 26,4%.

Анализ клинических симптомов больных показал, что с наибольшей частотой наблюдается одышка (93,7%), сердцебиение (73,2%), слабость (57,5%), перебои и кашель

встречаются в 50,7% и 25,4% соответственно. Такие симптомы, как пастозность голеней, отеки, гепатомегалия, хрипы в легких наиболее часто установлены у больных высоких ФК ХСН.

Сопутствующая патология в зависимости от возраста имеет некоторые особенности. Так, наличие трех и более заболеваний чаще встречалось в возрасте до 70 лет - 95,1%, а в возрастной категории 70 и старше этот показатель ниже - 91,8%. Сахарный диабет и ожирение в первой возрастной группе (до 70 лет) встречались в 35,1% и 40,8% случаев, тогда как в возрастной группе 70 и старше - в 29,1% и 32,1% случаев соответственно. Частота ХБП с возрастом имела тенденцию к росту - 45,8% и 72%, что связано с прогрессированием диабетической нефропатии и других нозологий ХБП.

Заключение. Ретроспективный анализ медицинской документации показал, что с наибольшей частотой этиологической причиной ХСН является ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) (43,8%+34,5%), которые имеют отличительные особенности в зависимости от пола и возраста. Степень проявления клинической симптоматики находится в прямой зависимости от функционального класса (ФК) ХСН. Для больных с ХСН характерна высокая коморбидность, которая напрямую зависит от возраста пациента. Наиболее частыми спутниками ХСН являются сахарный диабет (СД) 2 типа, ожирение и хроническая болезнь почек.

Хайруллоева Э.Д., Замирова Н.С., Одинаев С.К.

МЕХАНИЗМЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Национальный медицинский центр «Шифобахш»»

Цель исследования. Изучить механизмы неспецифического воспаления дыхательных путей по параметрам индуцированной мокроты и назального секрета при остром бронхите у детей.

Материал и методы исследования. Обследованы 95 детей в возрасте от 2 до 5 лет с острой бронхолегочной патологией, находившихся на лечении в детских соматических

отделениях Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан. Получение информированного согласия, сбор анамнеза, предварительное обследование и забор биологического материала проводили в соответствии с разрешением родителей.

Дети были разделены на две группы: первая - 54 ребенка с внебольничной пнев-

монией (ВП), вторая - 41 ребёнок с острым бронхитом (ОБ). По результатам рентгенографии органов грудной клетки, у 32 (65,3%) детей с ВП был выявлен очаговый вариант воспалительного поражения лёгких, а у 23 (39,7%) пациентов - очагово-сливной. Контрольная группа была сформирована из 25 практически здоровых детей, сопоставимых с больными по возрасту и полу.

Результаты и их обсуждение. В момент поступления в стационар в клинической картине больных очаговой и очагово-сливной формой внебольничной пневмонии (ВП) присутствовали респираторный синдром, признаки дыхательной недостаточности I-II степеней, синдром интоксикации. Выраженная воспалительная активность крови отмечена в 35 (67,2%) случаях ВП. У 19 (38,8%) детей этой группы воспалительный процесс в лёгких протекал на фоне реактивных показателей, что указывало на гипорезистентное состояние организма.

Острый бронхит протекал более благоприятно. Состояние больных при поступлении было средней тяжести, среди жалоб преобладали кашель и субфебрильная температура тела. Физикально при аускультации в лёгких на фоне жёсткого дыхания регистрировали наличие сухих и влажных крупно- и среднепузырчатых хрипов.

Обследование и терапию больных проводили в соответствии с клиническими протоколами. Лабораторные исследования

включали анализ параклинических параметров и специальные методы. Концентрацию цитокинов определяли в назальном секрете и индуцированной мокроте (ИМ). Назальный секрет получали по методике Л.В. Ковальчука и соавт. в собственной модификации. Назальную палочку размером 15 см помещали в нижний носовой ход на несколько секунд. После извлечения палочки проводили элюцию назального секрета в 100 мкл изотонического раствора натрия хлорида.

Индуцированную мокроту (ИМ) получали по общепринятой методике с применением небулайзера. Обработка ИМ включала инкубацию с 1% раствором трипсина в термостате при 37 °С, механическую гомогенизацию, центрифугирование (3000 об/мин, 10 мин) и отмывание с помощью раствора Хенкса. Супернатант применяли для определения цитокинов, а из полученного осадка готовили два-три мазка. Препараты высушивали и окрашивали по Паппенгейму-Крюкову. Качество полученной ИМ и её пригодность для дальнейшего исследования оценивали по методу Вайей. При удовлетворительном результате с помощью 100-кратного увеличения объектива микроскопа под иммерсией просматривали 20-30 полей с подсчётом не менее 400 клеток. Учитывали нейтрофилы, альвеолярные макрофаги, лимфоциты, эозинофилы и эпителиальные клетки. Определение цитокинов в назальном секрете и ИМ проводили методом иммуноферментного анализа (табл.).

Клеточный состав индуцированной мокроты у детей с внебольничной пневмонией и острым бронхитом, % (M±m)

Группа	Нейтрофилы	Эпителий	Макрофаги	Лимфоциты	Эозинофилы
ОБ (n=51)	20,6±0,4	10,6±0,2	63,3±0,5	4,3±0,1	1,01±0,05
ВП (n=49)	64,7±0,8	3,5±0,1	24,3±0,8	6,4±0,3	0,9±0,07
Контрольная (n=25)	20,1±0,8	3,5±0,1	70,8±0,8	4,6±0,6	0,9±0,08

Анализ клеточного состава ИМ выявил достоверные различия между пациентами с бронхолёгочной патологией и контрольной группой (табл.). При ВП отмечено увеличение количества нейтрофилов, лимфоцитов, тогда как при ОБ данные показатели не отличались от контрольной группы. При этом состав клеточных элементов в ИМ значительно варьировал в зависимости от морфологической формы воспалительного процесса в лёгких. Так, при очагово-сливной форме количество нейтрофилов было выше, чем при очаговой (61,3±2,4%) и достигало 64,1±1,2% (p<0,05). Количество альвеолярных макро-

фагов в ИМ при ВП составляло 24,3±0,8%, что в 2,6 раза меньше, чем при ОБ (63,3±0,6%) и в контрольной группе (70,8±0,8%). Кроме того, у пациентов с ОБ отмечено повышение количества эпителиальных клеток в ИМ до 10,7±0,3% (против 3,5±0,2% при ВП).

У детей контрольной группы основная популяция нейтрофилов и эпителиальных клеток была представлена морфологически целыми клетками. При ВП и ОБ в ИМ пациентов регистрировали снижение количества неповреждённых клеток. Наибольшее количество повреждённых нейтрофилов отмечали при ВП: 2-ю степень деструкции

поврежденных нейтрофилов выявляли в 1,5 раза чаще, чем при ОБ; 3-ю - в 1,7 раза; 4-ю степень (полный распад клеток) - в 4 раза чаще ($p < 0,001$). Наиболее выраженные деструктивные процессы в нейтрофилах выявляли при очагово-сливной форме ВП. У больных ОБ, напротив, количество морфологически целых нейтрофилов (0-я степень деструкции) почти в 2 раза превышало значение аналогичного показателя при ВП, превалировали деструктивно изменённые эпителиальные клетки. Известно, что миграция нейтрофилов в очаг поражения контролируется хемокинами, в частности провоспалительным интерлейкином-8 (ИЛ-8). Как при ВП, так и при ОБ содержание ИЛ-8 было достоверно увеличено, по сравнению с контрольной группой. Более выраженное повышение концентрации ИЛ-8 в назальном секрете и ИМ отмечено при ВП ($112,7 \pm 2,3$ и $236,2 \pm 5,5$ пг/мл соответственно) в сравнении с ОБ, при котором эти значения достигали $98,5 \pm 2,2$ и $177 \pm 4,7$ пг/мл соответственно ($p < 0,001$). Уровень ИЛ-8 в ИМ был максимальным при очагово-сливной форме ($256,1 \pm 5,0$ пг/мл), тогда как в назальном секрете при ВП выявлена лишь тенденция к возрастанию содержания этого цитокина.

Выявлено статистически значимое увеличение синтеза провоспалительного цитоки-

на ИЛ-17 в ИМ при острой бронхолёгочной патологии, причём максимальный его уровень регистрировали при ВП.

Обобщая вышеприведённые данные, можно говорить о том, что локальный синтез провоспалительных цитокинов (ИЛ-8, ИЛ-17) на уровне верхних и нижних дыхательных путей характеризуется существенным увеличением их концентраций при ВП, особенно при очагово-сливной форме. Примечательно, что содержание противовоспалительного ИЛ-10 в назальном секрете как при ВП, так и при ОБ не отличалось от контрольных значений. Более того, при ВП в ИМ его количество снижалось и даже имело более низкие значения, чем у больных ОБ.

У больных ВП установлена тесная прямая корреляция между уровнем провоспалительного цитокина ИЛ-8 в ИМ и количеством нейтрофилов с 3-й степенью деструкции ($r=0,26$; $p=0,05$), эпителиальных клеток с 4-й степенью деструкции ($r=0,28$; $p=0,05$), между уровнем ИЛ-10 и числом морфологически целых нейтрофилов ($r=0,22$).

Заключение. Индуцированная мокрота позволяет получить ценную информацию о степени активности воспалительного процесса в дыхательных путях, что может быть использовано в педиатрической практике с целью своевременной диагностики и рациональной терапии/

Хамроева Д.Х., Рахимова Д.М., Саломова Б.Б.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить особенности поражения центральной нервной системы у новорожденных детей с внутриутробными инфекциями.

Материал и методы исследования. В неврологическом отделении ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол”» обследовано 65 новорожденных детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, которые были разделены на 2 группы: I группу составили 35 новорожденных с внутриутробной инфекцией, II группу - 30 новорожденных без внутриутробной инфекции.

Всем новорожденным проводилось комплексное обследование, включавшее оценку соматического и неврологического статусов, проведение нейросонографии.

Результаты и их обсуждение. У 21 новорожденного с перинатальным поражением центральной нервной системы с внутриутробной инфекцией были выявлены следующие нозологические формы внутриутробных инфекций: у 8 (38,1%) детей обнаружена цитомегаловирусная, у 7 (33,3%) - герпес-вирусная, у 4 (19,1%) токсоплазмозная и у 2 (9,5%) больных определена хламидийная

инфекции.

При изучении состояния новорожденных I и II групп при рождении выявлено, что состояние больных с перинатальным поражением центральной нервной системы, сочетающейся с внутриутробной инфекцией, сопровождалось низкой оценкой по шкале Апгар: 3-5 баллов – у 19 (54,3%) новорожденных, 5-7 баллов – у 16 (45,7%), в отличие от II группы, где только 11 (36,7%) новорожденных имели оценку 3-5 баллов, 8 (26,7%) детей – 5-7 баллов. 11 (36,7%) новорожденных II группы были оценены в 8-10 баллов по шкале Апгар.

При анализе неврологического статуса и нейросонографических данных этих детей была выявлена зависимость между внутриутробной инфекцией и тяжестью церебральной ишемии, степенью внутримозговых кровоизлияний, частотой развития перивентрикулярной лейкомаляции. У всех новорожденных – 35 (100%) I и 30 (100%) II групп – отмечена церебральная ишемия. Дети I группы характеризовались преобладанием церебральной ишемии I степени – у 19 (54,3%), у 13 (37,1%) новорожденных была церебральная ишемия II степени, у 3 (8,6%)

детей – церебральная ишемия III степени. В данной группе внутримозговые кровоизлияния I степени выявлены у 5 (14,3%) новорожденных, II степени – у 3 (8,6%), III степени – у 1 (2,9%). Частота перивентрикулярной лейкомаляции в данной группе составила 4 случая (11,4%).

Во II группе отмечены проявления церебральной ишемии I степени у 13 (43,3%), II степени – у 17 (56,7%) больных, церебральной ишемии III степени в данной группе не выявлено. При этом обнаружены внутримозговые кровоизлияния I степени у 4 (13,3%) детей, II степени – у 3 (3,3%) новорожденных, внутримозговых кровоизлияний III степени не обнаружено ни у одного ребенка этой группы.

Заключение. Результаты исследования показали, что внутриутробные инфекции, являясь фактором формирования перинатальных поражений центральной нервной системы, и степень оценки новорожденных по шкале Апгар в момент рождения влияют на течение перинатальных поражений центральной нервной системы у новорожденных.

¹Ходжаева Ф.М., ¹Музафарова М.Х., ²Рахимова Д.С.

РЕПАРАТИВНОЕ И АНТИОКСИДАНТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОТВАРА ПЛОДОВ СОФОРЫ ЯПОНСКОЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ЖИВОТНЫХ

¹Кафедра фармакологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра семейной медицины №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить репаративное и антиоксидантное действие отвара плодов софоры японской (ОПСЯ).

Материал и методы исследования. Репаративное действие ОПСЯ было изучено на 60 белых крысах обоего пола, массой 180,0-200,0 г. Было изучено общее и местное действие ОПСЯ при воспроизведении механической раны в области спины животных.

Раневое воспаление было вызвано по методу Л. Н. Поповой. Динамику скорости заживления раны определяли ежедневной оценкой контура кожного дефекта. Сравнительным лекарственным препаратом служил отвар плодов шиповника (ОПШ).

Животные были распределены на 3 группы: 1 - контрольные животные, которым ежеднев-

но вводили внутривенно (в/в) в дозе 5 мл/кг дистиллированную воду и одновременно орошали дистиллированной водой экспериментальные раны; 2 - опытные, которым ежедневно по схеме вводили в/ж в дозе 5 мл/кг ОПСЯ и им же орошали экспериментальные раны; 3 - сравнительная серия, животным также по схеме вводили в/ж в дозе 5 мл/кг ОПШ и орошали им экспериментальные раны.

Антиоксидантное действие ОПСЯ оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА) на модели аллоксанового диабета. Опыты были проведены на 80 белых беспородных крысах обоего пола, массой 160,0-200,0 г, которых разделены на 4 серии. Аллоксановый диабет вызывали подкожным введением 10% раствора аллоксангидрата (производство фирмы

«Хемапол», Словакия) в дозе 80-100 мг/кг массы крысам, голодавшим в течение 18-20 часов. Начиная с первых дней от момента инъекции аллоксангидрата и в последующем, ежедневно в течение 1-го месяца вводили ОПСЯ в/ж в дозе 5 мл/кг массы.

Результаты и их обсуждение. Показателями стимуляции процессов регенерации при экспериментальных ранах у животных служили сроки (дни, $M \pm m$) образования рубца после отпадения струпа и наличие эпителия на месте нанесения дефекта. Также показателями служили зрелость рубцовой ткани и скорость сокращения площади раневого дефекта. В ходе эксперимента при в/ж и местном применении время заживления ран у животных, леченных ОПСЯ, равнялось $12,1 \pm 0,30$ дней, а у животных, леченных ОПШ, - $14,3 \pm 0,29$ дней. Показатели животных контрольной, нелеченной, серии - $19,0 \pm 0,37$ дней. Необходимо отметить, что в процессе орошения ОПСЯ раны у крыс были с менее выраженной воспалительной реакцией, с образованием нежного струпа, а также с выраженной краевой эпителизацией.

Антиоксидантное действие ОПСЯ у животных контрольной серии проявлялось увеличением содержания МДА в сыворотке крови $5,01 \pm 0,09$ нмоль/гр ($154,4\%$), т.е. на 54% больше, чем в интактной серии, $3,25 \pm 0,02$ нмоль/гр (100%). Содержание МДА в сыворотке крови у животных, получавших ОПСЯ, заметно уменьшилось и составило $3,43 \pm 0,03$ нмоль/гр ($105,5\%$), т.е. приближалось к показателям интактной группы. Концентрация МДА в сыворотке крови у животных, леченных настоем «арфазетин», составило $4,82 \pm 0,03$ нмоль/гр ($148,3\%$) ($p < 0,001$), т.е. отличалось от серии леченных ОПСЯ и приближалось к показателям контрольной серии.

Заключение. Результаты исследований доказывают, что отвар плодов софоры японской вызывает эффективное репаративное действие при механических ранах у белых крыс и обладает выраженным антиоксидантным действием, что позволяет рекомендовать его в целях профилактики и лечения микро- и макроангиопатий для больных сахарным диабетом II типа и кожных заболеваний.

Ходжаева Ф.М., Саъдуллоева Б.Дж., Рахматуллоев Ф.Н., Бурханова З.З.

СОФОРА ЯПОНСКАЯ В НАРОДНОЙ И СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Кафедра фармакологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Изучение и применение человеком лекарственных растений в борьбе с болезнями имеет многовековую историю. Во все эпохи своего существования человечество использовало природные ресурсы для лечения и украшения своего внешнего вида.

Работы Абуали ибн Сино (XI в.), Мувофака Али Хирави (X в.), Мухаммада Закария Рози (IX-X в. в.), Абубакра Рабеъ Бухари (X в.), а также опыт десятков других средневековых таджикских врачей оказали значительное влияние на развитие медицины и, особенно, фитотерапии.

В традиционной древней таджикской и народной медицине также веками применялись лекарственные растения в качестве целебных средств. Таджикистан располагает огромными ресурсами лекарственного растительного сырья, которые до сих пор остаются мало изученными. Поиск наиболее

перспективных лекарственных растений из числа местной эндемы является важной проблемой фармакологии.

Очень перспективным направлением в этом отношении является изучение лекарственных растений и отдельных веществ, выделенных из них. Ученые заметили, что подавляющее большинство сложноцветковых растений содержит биологически активные вещества из группы красящих (флавоноидов).

Народная медицина предлагает лечебные растения для использования, и одно из них - это софора японская, которая благоприятно воздействует на течение длительно незаживающих ран и язв. Испокон веков бутоны, цветки и плоды софоры японской применялись в народной медицине в качестве средства при различных кровотечениях, также считали, что водные вытяжки плодов

софоры японской ускоряют регенерацию тканей при глубоких ранах. Настойку свежих плодов софоры употребляли для лечения ушибов, ожогов, экземы, лишая, карбункулов, фурункулов и для укрепления волос, однако лишь в наше время дано медицинское обоснование целебных свойств растения.

Софора японская представляет собой декоративное морозоустойчивое дерево. В бутонах, цветках, плодах и листьях этого растения содержатся ценные биологически активные вещества, такие как флавоноиды (рутин, кверцетин), эфирные масла, органические кислоты, витамины и др. Содержание подобных компонентов обеспечивает софоре японской высокую фармакологическую ценность.

В Корее препараты из быстро высушенных бутонов софоры японской применяются как кровоостанавливающее средство при

геморроидальном, желудочном, кишечном и маточном кровотечениях, при кровохарканье, кровотечении из носа и при белях. Их применяют, как средство для профилактики кровоизлияний в мозг.

В лечении ожогов широко используются различные мазевые повязки из числа тех, что назначают для стимуляции процесса заживления: мазь из корней окопника, плодов облепихи, плодов софоры, травы арники, почек тополя черного и березы, живицы, ели и др., основой мази могут служить также смесь жира с медом и растительные масла.

Доказано, что одним из эффектов флавоноидов является сахароснижающее действие, эфирные масла обладают выраженным антиоксидантным и сахароснижающим действиями, стимулируют выработку антител и повышают активность макрофагов.

Шукурова С.М., Кабирзода Р.Х., Самадов Ш.Х., Раджабов З.И.

ЭФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ И ПОЗДНЕГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST С СОПУСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол”»

Цель исследования. Оценить эффективность антикоагулянтной терапии и позднего тромболиза у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (п ST) в ранних периодах с коморбидной патологией.

Материал и методы исследования. Нами проведено проспективное наблюдение за больными (n=50), находившимися на стационарном лечении в кардио-реанимационном отделении ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол”» за период 01.12.2020 – 01.05.2021 годы с подтвержденным диагнозом «острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST».

В процессе наблюдения больным проводили ЭКГ, Эхо-КГ, а также исследование крови на тропонин, коагулограмму. При невозможности выполнения первичного ЧКВ в течение 6-24 ч единственным методом реперфузии миокарда у больных ОИМ с

пST становится антикоагулянтная терапия (гепарин, эноксипарин) и тромболитическая терапия (стрептокиназа). 35 пациентам была проведена антикоагулянтная терапия с гепарином, 10 - тромболитическая терапия стрептокиназой и 5 больных одновременно получали эноксипарин со стрептокиназой.

Результаты и их обсуждение. Из общего количества наблюдаемых больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST 45 (90%) имели ту или иную сопутствующую патологию. С наибольшей частотой – 62,2% и 31,1% - верифицированы АГ и ХИБС соответственно. На втором месте СД 2 типа – 37,7%, гиперхолестеринемия - 35,6%, ожирение и ХОБЛ наблюдались с частотой 26,7% и 6,7% соответственно. Постковидный синдром с частотой 22,2%, цереброваскулярная болезнь - 11,1%, ТЭЛА мелких ветвей наблюдались у 6,7% наблюдаемых. Летальные исходы были зафиксиро-

рованы у больных с ХИБС, АГ, ХСН и СД 2 типа у 6% (3 из 50).

Всего больных было $n=50$, мужчин - 57,2%, женщин - 42,8%, средний возраст $63,5 \pm 6,5$ лет. После проведения антикоагулянтной и тромболитической терапии 44% ($n=37$) больных имели осложнения, среди которых снижение АД - 21,6%, аритмия - 13,5%, реперфузионный синдром - 32,4%, неврологические симптомы - 40% ($n=20$) (головная боль - 35%, миалгия - 30% и др.), а также кровотечение - 10%.

ЭКГ регистрировали перед началом антикоагулянтной терапии и тромболитической и через 3 ч после него (ЭКГ-1 и ЭКГ-2), рассчитывали число отведений с элевацией ST (n отв. эл. ST); число отведений с отрицательным зубцом T и патологическим Q (n отв. T(-), Q); элевацию ST в отведении, где она максимальна (максимальная элевация ST, STmax); сумму величин элевации ST во всех отведениях, где она имела место (суммарная элевация ST, STsum). Эхо-КГ проводилась до гепринизации и тромболитической, при выписке ($6,8 \pm 0,2$ суток от поступления), через 2 мес. после ОИМ (соответственно ЭхоКГ-1, ЭхоКГ-2) по стандартному протоколу. Эффек-

тивность реперфузии оценивали на основании улучшения ИЛС в динамике при ЭхоКГ-2, по сравнению с ЭхоКГ-1.

Увеличения исходных диастолических размеров ЛЖ у обследованных больных не наблюдалось: КДИ составил $56,0 \pm 0,8$ мл/м² у мужчин и $54,6 \pm 1,7$ мл/м² - у женщин, диастолический диаметр ЛЖ - $46,6 \pm 0,6$ мм (в пределах нормы). Конечнo-систолический индекс ЛЖ превышал норму: $31,0 \pm 0,7$ мл/м² у мужчин и $25,1 \pm 1,8$ мл/м² - у женщин. Показатель ИЛС, отражающий размер зоны сократительной дисфункции ЛЖ, связанной с развитием инфаркта, существенно увеличен ($1,85 \pm 0,03$). Исходное снижение показателей глобальной сократимости было умеренным: средняя ФВ составляла $48,4 \pm 0,9\%$ (от 23,6% до 72,4%).

Заключение. Использование своевременной антикоагулянтной и тромболитической терапии в комплексном лечении инфаркта миокарда с сопутствующими заболеваниями будет способствовать улучшению прогноза заболевания. К положительным эффектам АТКТ и ТЛТ следует отнести и сохранение большего объема жизнеспособного миокарда, и уменьшение степени постинфарктного ремоделирования.

Шукурова С.М., Мирзовалиев О.Х.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ОСТЕОПОРОЗ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить частоту развития остеопороза и ассоциированных с ним переломов у больных с ревматическими заболеваниями (РЗ) воспалительного и невоспалительного характера.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации больных с различными РЗ, находившихся на лечении в терапевтическом отделении Согдийской областной больницы за период 2018-2019 гг. Условно все пациенты ($n=180$) были разделены на 2 группы: I группа ($n=95$) - с воспалительными РЗ, куда включены больные с реактивными артритами (РА) ($n=62$), включая спондилоартриты (СПА) ($n=25$) и системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) ($n=8$); II группа ($n=85$) - больные с невоспалительными РЗ, в большинстве

представлены остеоартрозом (ОА) ($n=65$) и реже подагрой ($n=20$).

Оценка МПК осуществлялась по Т-критерию в трех исследуемых локализациях, а 10-летний абсолютный риск переломов вследствие остеопороза (позвочника, проксимального отдела бедренной кости и плечевой кости и дистального отдела предплечья) - по калькулятору FRAX, который применим только мужчинам с 50 лет, а женщинам в постменопаузе.

Результаты и их обсуждение. В I группе больных с воспалительными РЗ женщин было 77 (81,5%) и 18 (18,5%) мужчин в возрасте от 50 до 79 лет, средний возраст $53,7 \pm 6,3$ года. Во II группе (ОА+П) - женщин 58 (60%), мужчин 34 (40%) в возрасте от 50 до 79 лет, средний возраст - $59,2 \pm 4,4$ года. На вопрос анкеты о наличии в анамнезе переломов по-

ложительно ответил каждый третий респондент (31%). Наибольшее число пациентов, перенесших в анамнезе переломы, были с СЗСТ (45%), СПА (39%) и РА (36%). И это очевидно, так как среди пациентов с воспалительными РЗ указание на прием ГКС имело место у 59,9% больных, более 90% больных СЗСТ и 69% с РА длительно принимали гормоны перорально. Прием ГКС у больных II группы ниже (ОА-11%), в основном, использовали их локально (внутриуставно).

По результатам денситометрии, остеопороз у больных с воспалительными РЗ был диагностирован у 38,5%. При этом показатели разнились значительно по нозологиям и частота остеопороза коррелировала с приемом ГКС. У каждого третьего больного

с ОА, по данным денситометрии, был выявлен остеопороз и в 23,8% случаев - у больных с подагрой.

Результаты анализа оценки абсолютного риска основных остеопорозных переломов по FRAX продемонстрировали высокий риск в обеих группах. Так, в группе с воспалительными РЗ он составил 18% (10,5-25,4), что связано с длительным приемом ГКС и активностью воспалительного процесса. В группе с ОА этот показатель был равен 20,2% (18-28,5).

Заключение. Таким образом, частота и характер ОП находятся в прямой зависимости от вида РЗ. Прием ГКС у больных с воспалительными РЗ является ключевым фактором прогрессирования остеопороза.

Шукурова С.М., Рашидов И.М., Паноева М.С.

РАННИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить уровень микроальбуминурии (МАУ), как ранний диагностический маркер стадии диабетической нефропатии (ДН).

Материал и методы исследования. С целью оценки МАУ нами обследовано 70 больных с СД 2 типа, осложнённым диабетической нефропатией, и 20 человек – контрольная группа. Нормальные показатели МАУ находились в диапазоне ниже 30 мг/сутки, от 30 до 300 мг/сутки расценивается как патология.

Больные с ДН по длительности заболевания распределены (средняя длительность 7,7 лет): I гр. - до 5 лет – n=18 (25,7%), II гр. - 6 – 10 лет – n=39 (55,7%), III гр. >10 лет – n=13 (18,6%). Средний возраст больных составил 56,6 (51,5; 64) лет. Верификация диагноза ХБП осуществлялась при использовании критериев KDIGO 2012 года и рекомендаций Научного общества нефрологов России (Смирнов А.В. и др., 2012), согласно которым ХБП определяли при уровне СКФ <60 мл/мин/1,73м², по креатинину и при наличии ПУ.

В утренней (первой) порции мочи определяли альбуминурию при помощи тест-полосок. Суть метода – в связывании иммобилизованного человеческого альбумина с

антителами. При наличии альбумина в моче цвет полоски изменяется на зоне золотой линии – тест считается положительным.

По уровню определялся показатель АКС: нормоальбуминурия (НАУ) – 15 мг/г и ниже; пограничная альбуминурия – 15-29 мг/г; микроальбуминурия (МАУ) – 30-299 мг/г.

Результаты и их обсуждение. Больные с МАУ (54,3%) и ПУ (31,4%) составили большинство, в сумме 85,7%. При стаже СД2 типа до 5 лет и 6-10 лет нормоальбуминурия встречается в 83,3% и 23,1% соответственно. При длительности СД2 типа >10 лет выявление МАУ уменьшилось до 30,8%, а стадия ПУ наблюдалась почти у каждого второго больного.

Гликированный гемоглобин при всех стадиях ДН находился на одном уровне, а МАУ достоверно чаще во 2 и 3 стадиях. Систолическое АД увеличивается с тяжестью. Цифры креатинина на стадии ПУ составили, в среднем, 139,1 ммоль/л, против 76,1 ммоль/л на стадии НАУ, а показатели СКФ достоверно снижены с утяжелением стадии ДН.

Заключение. Таким образом, исследование альбуминурии имеет важное значение для оценки риска прогрессирования ДН как на ранних, так и на поздних стадиях.

Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оценить состояние детей с острыми респираторными заболеваниями до и после ингаляционной терапии.

Материал и методы исследований. В исследование было включено 48 детей в возрасте от 4 до 12 лет с диагнозом «острый риносинусит», подтвержденным на основании данных анамнеза, клинического осмотра, включающего риноэндоскопическое исследование, которые были распределены на 2 группы.

Группа 1 (основная) – 21 пациент, которым после носового душа (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с последующим туалетом полости носа ежедневно ингаляционно (с помощью небулайзера) применяли комбинированный препарат небутомола и аминокaproновой кислоты (АКК) (ингаляция в течение 5-7 минут), всего 7 дней.

Группа 2 (контрольная) - 27 пациентов, которым после носового душа (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с последующим туалетом полости носа ежедневно применяли назальный спрей фузафунгина по 2 дозы в каждый носовой ход 4 раза в день в течение 7 дней.

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ необходимости проведения симптоматической терапии показал, что ни у одного пациента, закончившего исследование, не потребовалось применения жаропонижающих препаратов. При этом использование назальных сосудосуживающих препаратов по потребности (чаще на ночь для облегчения сна) для уменьшения сильной заложенности носа в первые дни от начала лечения подтвердили 11 пациентов из основной группы и 14 - из контрольной.

Удобство ингаляционного применения комбинированного препарата небутомола и аминокaproновой кислоты, как метода лечения острого риносинусита и ларинготрахеита, отметили 16 (76,1%) пациентов основной группы, окончивших лечение. Ни у одного пациента основной группы не возникло каких-либо нежелательных побочных эффектов, связанных с применением комбинированного препарата небутомола в сочетании с аминокaproновой кислотой.

Заключение. Ингаляционное применение препарата, содержащего небутомола и аминокaproновую кислоту, в лечении нетяжелых и неосложненных форм острого риносинусита и ларинготрахеита у детей - эффективный, удобный и безопасный метод.

РАЗДЕЛ III

ХИРУРГИЯ

Абдуллозода Д.А., Гуломов Л.А., Сафарзода А.М.

ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ КОВИД-19 БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи»
Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов лечения инфицированных КОВИД-19 больных с острым обтурационным холециститом.

Материал и методы исследования. В ГУ ГЦ СМП было госпитализировано 15 больных с диагнозом «Острый обтурационный холецистит. COVID-19».

Материал для диагностики был получен из носоглотки, ротоглотки и крови из периферических вен. Для диагностики проводились клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе ультразвуковые, рентгенологические, ЭКГ, ЭхоКГ, ФВД, КТ. Состояние и степень эндотоксемии были оценены клинически, тяжесть эндотоксемии - парамедиальным тестом (норма 25-30 мин). Проведены тесты на коронавирус и антитела (SARS-CoV-2-IgM-ИФА-Бест (норма-более 1,1) и SARS-CoV-2-IgG-ИФА-Бест (норма-1,1 и более)). Время свертывания крови определяли по Ли-Уайту (референсные значения 6-11 мин.). Изучали также уровни лейкоцитов крови, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), СОЭ, фибриногена, С-реактивного белка, прокальцитонина и Д-димера крови (норма 250-500 нг/мл).

Результаты и их обсуждение. У 5 (25%) больных были выявлены SARS-CoV-2-IgM-1,6±0,45, у 10 (75%) - SARS-CoV-2-IgG-1,7±0,25. Время свертывания крови по Ли-Уайту было в пределах 3±0,75 мин. Уровень Д-димера у всех больных был в 2-3 раза выше нормы. Также у этих больных тест парамедий снижен менее 15 мин. На рентгенограммах и КТ у всех пациентов выявлены признаки поражения легочной ткани вирусного характера. При изучении ФВД установлена дыхательная недостаточность I-II степеней.

Всем больным из-за тяжелого состояния, обусловленного вирусным поражением

дыхательной системы и острым обтурационным холециститом, была проведена двухэтапная тактика лечения. На первом этапе осуществлена антибактериальная, противовирусная, антикоагулянтная, дезинтоксикационная и оксигенотерапия, с применением лазеротерапии, в последующем им наложена холецистостома под контролем УЗИ. На 7-10-ые сутки после исчезновения признаков дыхательной недостаточности больные были выписаны из стационара на диспансерное наблюдение. Через месяц больные повторно госпитализированы, им проведены повторные клинические, биохимические анализ и тесты на коронавирус. У 8 (53,3%) больных SARS-CoV-2-IgM-0,317±0,12. У 7 (46,7%) получен SARS-CoV-2-IgG-0,289±0,25. Время свертывания крови по Ли-Уайту при повторном анализе были в пределах 7±1,24 мин, уровень Д-димера - в пределах нормы. Тест парамедий, в среднем, составлял 25±3,5 мин.

Всем больным вторым этапом произведена плановая лапароскопическая холецистэктомия. Интраоперационные осложнения, конверсия доступа и летальность не наблюдались. Продолжительность операции, в среднем, составила 55±18 мин.

Заключение. Учитывая, что у КОВИД-инфицированных больных имеются синдромы гиперкоагуляции, интоксикации и дыхательной недостаточности, необходимо проводить комплексную терапию, в том числе антикоагулянтную, противовирусную, дезинтоксикационную, оксигенотерапию и лазеротерапию. Двухэтапная лечебная тактика: декомпрессия желчевыводящей системы, коррекция сопутствующей коронавирусной инфекции и плановая лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым обтурационным холециститом с COVID-19 предотвращает развитие осложнений и летальные исходы.

Акимов В.П., Крикунов Д.Ю., Тулюбаев И.Н., Саадулаев Р.И.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПО МЕТОДИКЕ ТАРП

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г.Санкт-Петербург, РФ

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с паховыми грыжами путем оптимизации способов фиксации сетчатого имплантата

Материал и методы исследования. В исследование включены 98 пациентов мужского пола, прооперированные с 2017 по 2020 г. Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, индексу массы тела (ИМТ), наличию сопутствующих заболеваний. I группа – 48 пациентов, которым выполнена эндовидеохирургическая герниопластика по методике ТАРП с фиксацией имплантата клеем и устранением дефекта брюшины нитью V-Loc, II группа – 50 пациентов, которым выполнена ТАРП с механической фиксацией сетки и устранением дефекта брюшины герниостеплером фирмы “Ethicon”. Средний возраст в I группе составил 43 ± 2 года, во II – $42 \pm 3,5$ года.

В послеоперационном периоде уровень абдоминальной боли оценивался по визуально-аналоговой шкале интенсивности боли через 2, 4, 6, 12, 24, 48, 72, 96 и 120 ч после операции. Произведена оценка качества жизни по опроснику SF-36. Сроки проведения опроса: 1) через 1 месяц после оперативного вмешательства; 2) 3 месяца; 3) 6 месяцев; 4) 12 месяцев. Произведен УЗИ контроль п/о области на 1-е, 3-и и 7-е сутки после проведения операции.

Результаты и их обсуждение. Средний период послеоперационного наблюдения составил 29 месяцев, от 1 года до 4 лет.

Проведя анализ уровня послеоперационной абдоминальной боли, отметили различия уже через 12 часов после герниопластики. Так, в I группе болевой синдром составил $1,9 \pm 1,2$ балла, при этом применения наркотических анальгетиков не требовалось, в то время как во II группе – $4,4 \pm 2,4$ балла, что в 2,3 и более раза выше, чем в I группе.

В послеоперационном периоде в I группе наблюдались: гематома паховой области – 1 (2,08%), серомы – 3 (6,25%). Во второй группе осложнения встречались гораздо чаще, наиболее частыми были гематомы – 3 (6 %), серомы – 2 (4%), невралгия – 1 (2 %) и парестезия – 1 случай (2%). Гематомы и скопления серозной жидкости ликвидировали пункционно. Количество пункций варьировало от 1 до 3. Рецидивов, летальных исходов не было.

При оценке качества жизни у пациентов обеих групп было выявлено, что при проведении опроса через 6 месяцев и через год после операции показатели качества жизни по опроснику SF-36 статистически не различались. Болевые ощущения в области операции у пациентов с клеевой фиксацией при опросе через 1 месяц после операции, в среднем, в 1,14 раз достоверно ниже, чем у пациентов со степлерным методом фиксации. Через 3 месяца болевые ощущения в группе с клеем, в среднем, в 1,2 раза достоверно ниже, чем при фиксации степлером. Во всех остальных компонентах, как в физических, так и психологических, на период 1 и 3 месяца после перенесенной операции в группе с клеевой фиксацией качество жизни достовернее выше в 1,14-1,28 раза.

Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре в I группе составила 2,2 койко-дня, в то время как во II группе длительность пребывания в стационаре была гораздо выше – 3,8 койко-дня.

Заключение. Трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика в сочетании с применением клеевой композиции для фиксации сетчатого имплантата достоверно улучшает качество жизни пациента в послеоперационном периоде – снижает болевой синдром, способствует ранней выписки из стационара и более быстрому восстановлению трудоспособности, а также возможности вести активный образ жизни.

Асадов С., Сафаралиев Ш., Рахматов Б., Ходжаев А.Н.

ВОЗМОЖНОСТИ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

¹Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗРТ

²ГУ РКЦК

³Кафедра анатомии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Изучить особенности локализации ишемических изменений на электрокардиограмме (ЭКГ), эхокардиографических (ЭхоКГ) данных в сопоставлении с последующей коронароангиографией (КАГ) при инфаркте миокарда.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 42 больных с острым коронарным синдромом (ОКС), из них мужчин было 26 (61,9%), женщин – 16 (38,1%), в возрасте от 30 до 78 лет, госпитализированных в отделение реанимации ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии». Критериями включения в исследование были: диагноз «Инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST»; экстренная госпитализация; значимый стеноз одной КА. Всем проведено стандартное лабораторно-инструментальное обследование до проведения КАГ (анамнез, кардиоспецифические ферменты, гипо-, дис- и акинезия по ЭхоКГ и др.). Критериями исключения были: наличие ангиопластики в анамнезе; наличие значимого конкурирующего заболевания (декомпенсация хронической сердечной недостаточности, миокардит, тромбоэмболия легочной артерии и др.). Критериями направления на КАГ (в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов 2011 г. для больных с ОКС с подъёмом сегмента ST) были:

- ЭКГ признаки острого инфаркта миокарда: подъём сегмента ST в стандартных отведениях (I, II, III, aVF, aVR, aVL, V1–V6);

- субъективные и объективные данные: загрудинные боли, иррадиирующие в левую руку, лопатку, нижнюю челюсть, холодный, липкий пот, признаки шока, показатели артериального давления, частоты сердечных сокращений;

- данные лабораторных исследований: количественные показатели тропонина I.

Коронароангиография проводилась по стандартной методике Сельдингера трансдиагностическим доступом, используя аппарат GE Inovo 2000. При стентировании коронарных

артерий использовались стенты с антипролиферативным покрытием.

Результаты и их обсуждение. При проведении электрокардиографического исследования у обследуемых были выявлены следующие ишемические изменения: элевация сегмента ST у 27 (64,3%), патологический зубец Q/QS – у 7 (16,7%), отрицательный зубец T – у 8 (19,04%) пациентов, при этом локализация этих изменений в основном затрагивала переднюю и переднебоковую стенку левого желудочка – у 21 (50%), заднюю стенку – у 17 (40,4%) и циркулярные изменения у 4 (9,5%) больных. По данным ЭхоКГ 22 больных (52,4%) нами было выявлено нарушение сократимости по типу дис-, гипо- и акинезии, в основном, в области задней стенки левого желудочка – у 10 больных (23,8%) и межжелудочковой перегородки – у 12 больных (28,6%). По данным КАГ среди общего количества пациентов (n=42) выявлено 33 (78,6%) пораженных коронарных артерий. Из них на аортокоронарное шунтирование было направлено 5 (11,9%) пациентов; 33 (78,5%) провели имплантацию стентов; 4 (9,5%) не имели каких-либо изменений просвета коронарных артерий. В ходе исследования при проведении чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) не было отмечено развития нефатальных и фатальных осложнений, кроме одного случая – гематома в месте пункции (2,4%).

В ходе исследования нами были обнаружены как одно- и двухсосудистые, так и трёхсосудистые атеросклеротические поражения коронарных артерий, из них однососудистых было выявлено в 23,8% (n=10) случаев: 4,8 % (n=2) – правая коронарная артерия (ПКА), 19,04% (n=8) – передненисходящая межжелудочковая ветвь (ПМЖВ), двухсосудистые поражения встречались в 26,2% (n=11) и были представлены следующими комбинациями поражений: 14,3% (n=6) – ПМЖВ+ПКА, 11,9% (n=5) – ПМЖВ+ОВ, такие двухсосудистые поражения, как ПКА + диагональная ветвь (ДВ), ветвь

тупого края (ВТК)+ПКА, ОВ+ПКА, ствол +ПМЖВ не встречались, хотя в предыдущих наших исследованиях они достаточно часто отмечались среди лиц, живущих в РТ (3%, 5%, 5% и 2% соответственно). Также нами были выявлены трёхсосудистые поражения - ПМЖВ+ПКА+ОВ в 40,4% (n=17) случаев.

Мы сопоставили полученные данные локализации ишемических изменений по данным неинвазивных методов исследования (ЭКГ и ЭхоКГ) с данными коронароангиографии. В ходе анализа у 31 больного (73,8%) локализация пораженного участка выявлена с помощью неинвазивных методов исследо-

вания, соответствуя данным КАГ, в остальных 11 случаях (26,2%) имелись несоответствия, требующие дальнейшего уточнения.

Заключение. Таким образом, стандартная ЭКГ в 12 отведениях в сочетании с ЭхоКГ-им исследованием является эффективным скрининговым методом топической диагностики поражения коронарных артерий при ИМ с подъёмом сегмента ST, однако чувствительность этих методов не достигает 100%, что требует обязательного проведения КАГ с дальнейшим неотложным ЧКВ в качестве лечебных и прогностически важных мер у такой категории пациентов.

¹Асадов С.К., ¹Давлятов С.Б., ¹Ибодов Х.И.,
¹Рофиев Р.Р., ²Махмудов З.А., ¹Орипов М.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ ГУ «ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС “ИСТИКЛОЛ”»

¹Кафедра детской хирургии ГОУ «ИПОвСЗ РТ»

²ГУ «Оздоровительный комплекс “Истиклол”»

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения различных форм гипоспадии у детей.

Материал и методы исследования. За период с июня 2016 г. по июнь 2021 г. в отделении детской урологии Отдела детской хирургии ГУ «Оздоровительный комплекс “Истиклол”» оперировано 302 больных в возрасте от 1 года 2 мес. до 15 лет. Средний возраст 2,5 года. Первичных больных было 279 (92%), повторных, ранее оперированных в других клиниках, - 23 (8%). Головчатая гипоспадия отмечалась у 104 (34,4%) детей, стволовая – у 142 (47%), мошоночная – у 45 (15%), промежностная – у 11 (3,6%).

Всем пациентам на дооперационном этапе выполнялось ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, общепринятые клинично-лабораторные исследования перед проведением плановой операции (общий анализ крови, общий анализ мочи, иммуноферментный анализ на ВИЧ, Hbs-ag, гепатит С), бактериологические исследования кожи полового члена и мочи, по показаниям - рентгенологические методы исследования почек и мочевых путей, уретроцистоскопия.

При передней и средней формах гипоспадии выполнены операции типа Snodgrass - 198 (65%), MAGPI – 38 (13%), Duplau – 37 (12%). При более сложных формах (средние и проксимальные) гипоспадии с дефицитом пластического материала и микропенисом с целью подготовки больных к операции проводилась гормональная стимуляция гонадотропином и местно водно-спиртовым гелем тестостерона 1% по 25 мг в течение 10 дней. В плане лечения назначали антибиотикотерапию, обезболивающие, противовоспалительные, квантотерапию и препараты, улучшающие микроциркуляцию.

Результаты и их обсуждение. Больным с мошоночными и промежностными формами с выраженным искривлением полового члена использовали замещение уретральной площадки проведением двухэтапной операции Bracka – 29 (9,6%). Первым этапом устраняли деформацию кавернозных тел, рассекали и мобилизовывали крылья головки и заготавливали ткани для последующей пластики уретры путём имплантации свободного лоскута крайней плоти на вентральную поверхность полового члена. Лоскут фиксировали множественными швами и

давящей повязкой на 5-7 дней. Вторым этапом через 6-7 мес. выполняли формирование неоуретры по методу Duplay или Snodgrass. После операции для отведения мочи использовали стандартный уретральный катетер Нелатона, а при проксимальной гипоспадии - сочетание эпицистостомы и уретрального катетера. Трансуретральная деривация мочи проводилась в течение 7-10 дней и накануне выписки всем больным переводили в стент, укорачивая до 4-5 см и оставляли в висячем отделе уретры ещё на 1 неделю. Стент удаляли на амбулаторном приёме в клинике или по месту жительства хирурги поликлиники. На половой член накладывалась повязка с «ТАМПОГРАСС» и сверху циркулярная компрессионная повязка фиксирующим эластичным бинтом «Пеха-хафт», первая перевязка через 5 дней.

Послеоперационные осложнения наблюдали у 43 (14,2%) больных. Свищи уретры

возникли у 32 (10,6%) детей, которым проведены повторные успешные операции. Меатостеноз развился у 11 (3,6%) детей.

Отдаленные результаты лечения изучены у 253 (83,4%) детей в сроки от 6 месяцев до 4 лет. Хорошие результаты наблюдались у 221 (87,3%) из 253 пациентов в виде расположения наружного отверстия уретры на естественном месте, хорошая струя мочи, отсутствие деформации и искривления полового члена на фоне хорошего косметического результата. На уретрографии и при урофлоуметрии выраженных отклонений не отмечено. У 32 (12,7%) детей выявлены стриктура (13) и свищ (19) уретры.

Заключение. Использование комбинированного метода дренирования мочевого пузыря и дифференцированного подхода при различных формах гипоспадии позволяет сократить число повторных операций, а также послеоперационных осложнений.

Ахмедова М.М., Ахмеджанова М.Ш., Хукумзода М.З.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДИНАМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КИСТ СОСУДИСТЫХ СПЛЕТЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Определить возможности и преимущества нейросонографии для выявления и динамического наблюдения кист сосудистых сплетений у детей первого года жизни.

Материал и методы исследования. На базе ГУ РНҚЦПДХ МЗиСЗНРТ обследовано по стандартной методике нейросонографии 64 ребенка. Проводился анализ анатомических структур головного мозга, а именно сосудистых сплетений, которые являются производными мягкой мозговой оболочки и содержат большое количество кровеносных сосудов и чувствительных нервных окончаний. Кисты сосудистых сплетений имеют следующие эхо-признаки: анэхогенные образования в проекции сосудистых сплетений различных размеров; усиление эхогенности и увеличение размеров сплетения в поперечнике более 8 мм; неоднородность структуры сплетения в виде узелковых включений повышенной эхогенности; деформация контура сплетения; исчезновение пульсации сосудов сплетения.

Следует отметить, что кисты сосудистого сплетения образуются на фоне кровоизлияний или же формируются внутриутробно под воздействием различных негативных факторов. Дети с выявленными кистами сосудистых сплетений были разделены на 3 группы по возрастам: 1-я группа новорожденные до 3 месяцев (39 детей - 61%); 2-я группа дети от 3 до 6 месяцев (15 детей - 23,4%); 3-я группа от 6 до 12 месяцев (10 детей - 15,6%).

Результаты и их обсуждение. Проведено исследование и динамическое наблюдение вышеуказанных детей, у которых были выявлены: полное исчезновение кист сосудистого сплетения - 42 (65,6%); сохранение в неизменном виде кист - 5 (7,8%); уменьшение размера кист с дальнейшим исчезновением в динамике - 17 (26,5%). У детей 1 группы в первом полугодии самопроизвольно исчезли кисты у 24 (61,5%); уменьшились в размере у 10 (30,7%); сохранились в неизменённом виде у 3 (7,6%) человек. Во втором полугодии они исчезли

у 13 (33,3%); сохранились у 2 (5,1%). У детей 2 группы исчезли кисты у 10 (53,3%), уменьшились в размере у 7 (33,3%), сохранились в неизмененном виде у 2 (13,3%), во втором полугодии исчезли – у 6 (40%), сохранились у 1 (6,6%). В 3 группе детей до первого года жизни они исчезли у 8 (80%), сохранились в неизмененном виде у 2 (20%).

Заключение. Методика нейросонографии является высокоинформативной в выявлении кист сосудистых сплетений и служит методом выбора в диагностике структурных изменений у детей первого года жизни. Особую ценность она представляет при динамическом исследовании детей в процессе лечения, что позволяет оценить его эффективность.

Ашуров Г.Г., Джураев Д.Э.

ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА НА СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ СТРУКТУР

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

Материал и методы исследования. С целью выявления распространенности патологии преддверия полости рта (мелкое преддверие, короткие уздечки губ, наличие множественных тяжей), её сочетания с аномалиями прикуса (глубокий, открытый, перекрестный, прогения, прогнатия), расположения зубов (скупенность, вне дуги, вокруг оси) и воспалительных заболеваний пародонта проведена оценка влияния анатомических параметров преддверия полости рта на развитие воспалительной патологии пародонта. С этой целью нами обследовано 204 пациента с пародонтальной патологией в сочетании с аномалией зубочелюстной системы.

Возраст осмотренных варьировал от 20 до 60 лет (93 женщины и 111 мужчин). 29,6% от общего количества обследованных составили лица в возрасте 20-29 лет, 33,9% - в возрасте 30-39 лет, 19,1% и 17,4% - соответственно в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет.

Клиническое стоматологическое обследование включало в себя оценку: гигиенического индекса (ГИ) Федорова-Володкиной; пробы Шиллера-Писарева вместе с РМА в модификации С. Парма.

Результаты и их обсуждение. Клиническое обследование 204 больных пародонтитом, ассоциированным с аномалией зубочелюстной системы, выявило у 94 человек

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

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

Вторая группа – лица со скупенностью зубов во фронтальном отделе нижней челюсти, состояла из 35 (17,2%) человек. В данной группе мелкое преддверие полости рта установлено у 4 (11,4%), короткая уздечка нижней губы – у 10 (28,6%) осмотренных. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной в данной подгруппе составил $1,78 \pm 0,19$. У 17

(48,6%) человек он оценивался как хороший, у 7 (20,0%) – удовлетворительный, у 7 (20,0%) – неудовлетворительный и у 4 (11,4%) – плохой. Среди обследованных лиц этой группы 12 (34,3%) человек имели признаки хронического локализованного гингивита.

Третья группа сформирована из лиц с мелким преддверием полости рта. Из общего количества осмотренных лиц (204 чел.) мелкое преддверие диагностировано у 23 (11,3%). В данной группе 11 (47,8%) пациентов имели ортогнатический прикус. Скученность зубов во фронтальном отделе челюсти при мелком преддверии полости рта наблюдалась у 4 осмотренных лиц, что составило 17,4%. Индекс гигиены оценили как хороший у 8 (34,8%) человек, удовлетворительный – у 9 (39,1%), неудовлетворительный – у 4 (17,4%), плохой – у 2 (8,7%). Среднее значение индекса гигиены у лиц с мелким преддверием полости рта составило $1,91 \pm 0,12$. У 2 (8,7%) человек выявлен хронический генерализованный гингивит и у 1 (4,4%) – хронический локализованный пародонтит легкой степени. У 15 (65,2%) осмотренных имелись признаки хронического локализованного гингивита во фронтальном отделе нижней челюсти.

Четвертая группа – лица с короткой уздечкой нижней губы. Данная патология выявлена у 55 (27,0%) человек. У 23 пациентов, что

составляет 41,8%, она сочеталась с короткой уздечкой верхней губы. При ортогнатическом прикусе она встречалась в 34,6% случаев (19 человек), при глубоком – в 21,8% (12 человек), при прямом – в 14,6% (у 8 человек), при скученности зубов во фронтальном отделе нижней челюсти – в 18,2% (10 пациентов). В данной группе индекс гигиены определили как хороший у 24 (43,6%) человек, удовлетворительный – у 13 (23,6%), неудовлетворительный – у 8 (14,6%), плохой – у 6 (10,9%), очень плохой – у 4 (7,3%). Среднее значение индекса гигиены в 4 группе составило $1,88 \pm 0,11$. Хронический локализованный гингивит выявлен у 32 (58,2%) человек.

Заключение. Уровень гигиены полости рта при мелком преддверии полости рта носил явно недостаточный характер (хорошие показатели лишь у 34,8%, тогда как при скученности зубов у 48,0%), что, возможно, связано с ограничением движений зубной щетки. При корреляционном анализе полученных результатов нами выявлена зависимость между размерами прикрепленной десны и глубиной преддверия полости рта. Большой удельный вес воспалительных заболеваний пародонта наблюдался среди лиц с мелким преддверием полости рта и с короткой уздечкой губы, причем это коррелирует с гигиеническим состоянием полости рта.

Ашуров Г.Г., Каримов С.М., Юлдошев З.Ш.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНДЕКСА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение состояния твёрдых тканей зубов и особенностей клинического течения кариеса временных и постоянных зубов у детей раннего возраста по индексу ICDAS.

Материал и методы исследования. Проведено стоматологическое обследование 61 ребенка (12 – 3-летнего, 15, 17 и 17 – соответственно 4-, 5- и 6-летнего возраста). Общее количество обследованных зубов составило 244 (в соответствующих возрастных группах 48, 60, 68 и 68).

Перед проведением диагностики проводили удаление зубного налёта, наддесневых

зубных отложений. Затем помещали в преддверие полости рта ватные валики, устраняли избыток слюны, обследовали влажную поверхность зубов, высушивали поверхность зубов в течение 5 секунд и повторно обследовали сухую поверхность зубов. Обследование поверхности зубов и околозубных тканей проводили с помощью стоматологического зеркала и пародонтологического зонда.

Начальные формы кариеса зубов у детей в соответствии с критериями ICDAS определяли следующими кодами: 1 – первые видимые изменения в эмали (видимые только после длительного высушивания воздухом

или видимые изменения в эмали, которые не выходят за пределы ямки или фиссуры); 2 – явные видимые изменения в эмали без наличия кариозной полости. Шкала для оценки активности кариозного процесса выглядит следующим образом: активная стадия кариозного процесса – матовые, меловидные пятна с шероховатой поверхностью; стадия стабилизации кариозного процесса – пигментированные пятна с плотной, блестящей поверхностью.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведённых исследований по клинической визуализации твёрдых тканей зубов у детей с использованием индекса международной системы выявления и оценкой активности кариеса (индекс ICDAS) подтверждали высокую точность и воспроизводимость диагностики начальных форм кариеса. С помощью системы ICDAS бесполостные кариозные поражения временных зубов были диагностированы у 45,8% детей 3-летнего возраста, у 51,7% - 4-летнего возраста, в 60,3% наблюдений – у детей 5-летнего возраста. В 6-летнем возрасте при обследовании временных и постоянных зубов значение исследуемого показателя составило 70,6%.

Необходимо отметить, что среди 48 обследованных зубов у 12 детей 3-летнего возраста видимые кариозные поражения только после высушивания воздухом обнаружены в 22 (45,8%) временных зубах. Локализация бесполостных кариозных поражений в 43 зубах (89,6%) была на жевательной поверхности, на пришеечной области значение исследуемого показателя составило 10,4%. При изучении бесполостного кариозного процесса жевательных поверхностей временных зубов у детей 3-летнего возраста установлено, что в 35 (72,9%) зубах он поражал лишь фиссуры, а в 8 (16,7%) зубах распространялся на апроксимальные поверхности. В этой же возрастной группе при поражении пришеечной области в 10,4% случаев от общего количества обследованных зубов (48) бесполостной кариозный процесс локализовался только лишь на апроксимальной поверхности.

У детей 4-летнего возраста в 95,0% случаев бесполостное поражение локализовалось на жевательной поверхности и только в трёх зубах (5,0%) он распространялся на пришеечную поверхность. При исследовании состояния твёрдых тканей зубов у детей 5-летнего возраста было установлено, что распространённость видимых изменений в эмали, которые не выходят за пределы ямки или фиссуры, составляла 60,3% при его локализации на жевательной (95,6%) и пришеечной (4,4%) поверхностях.

Среди 68 обследованных зубов у 17 детей 6-летнего возраста 48 (70,6%) поражены бесполостным кариозным процессом. У них в 66 зубах, что составляет 97,1% от общего количества обследованных зубов, кариес диагностирован на жевательной поверхности. При этом в 47 зубах (69,1%) бесполостные кариозные поражения локализовались в фиссурах, в 4 (5,9%) распространялись на иммунные зоны (бугры), в 15 (22,1%) – на апроксимальные поверхности. При локализации бесполостного кариозного поражения в пришеечной области (2 зуба, или 2,9% от общего количества обследованных в этой же возрастной группе) в одном зубе (1,5%) оно диагностировалось на вестибулярной поверхности, в 1,5% случаев – на апроксимальной. Среди всех обследованных детей (244 человека) изменения в эмали, видимые только после высушивания воздухом или видимые изменения, которые не выходят за пределы ямки или фиссуры, нами обнаружены в 31,2% случаев, тогда как видимые изменения эмали без наличия кариозной полости диагностировали в 11,0% наблюдениях.

Заключение. Несмотря на многообразие диагностических методов, визуальный осмотр по-прежнему является основой диагностики кариозных поражений. Применение критериев ICDAS в стоматологической практике Республики Таджикистан открывает большие перспективы для повышения качества диагностики кариеса зубов, особенно его начальных форм.

Ашуров Г.Г., Мухидинов Ш.Д., Каримов С.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТОПЛАЗМЫ ПРИ НАЛИЧИИ ОКОЛОВЕРХУШЕЧНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЗУБОВ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты периапикальной деструкции зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне, с использованием аутоплазмы.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах рентгенологического обследования эндопериапикальных очагов поражения в эстетически значимой окклюзионной зоне у 108 пациентов (59 женщин и 49 мужчин) в возрасте от 20 до 45 лет. С использованием рентгенологической диагностики установлено наличие хронической периапикальной деструкции гранулирующей и гранулематозной форм соответственно в области 24 и 84 зубов фронтальной группы на верхней, 81 и 27 – на нижней челюстях.

Для оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий, которые применяли при наличии эндо-периапикальных поражений в эстетически значимой зоне пациенты (108 человек) разделены на две группы: первую, основную, группу составили 62 человека с хронической гранулирующей и гранулематозной периапикальной деструкцией соответственно в области 11 и 51 зубов фронтальной группы верхней (50) и нижней (12) челюстей, которым применяли «Коллапан-С-гель» с целью пролонгированного эндоканального воздействия, и плазмолифтинг. Вторая – группа сравнения – состояла из 46 человек с хронической гранулирующей (13 зубов) и гранулематозной (33 зубов) периапикальной деструкций на верхней и нижней челюстях (соответственно 31 и 15 зубов), которым применяли традиционное эндодонтическое лечение с использованием кальцийсодержащей пасты с йодоформом «Метапекс».

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов пролонгированного лечения эндо-периапикального поражения зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне зависел от сроков наблюдения, а также методик эндоканального и проекционно-периапикального воздействия, включающего использование аутологичной плазмы в виде инъекций по переходной складке причинных зубов (плазмолифтинг). По данным рентгенологического исследования, проводимого до эндодонтического лечения, в области верхушек корней отмечались очаги деструкции костной ткани с четкими и нечеткими контурами разных диаметров с вариацией от 0,5 до 3,4 мм. Прозрачность и однородность тени очагов была обусловлена нарушением целостности одной или обеих замыкающих пластинок челюстных костей. В некоторых

случаях по периферии имелся ободок склероза костной ткани, имеющий четкие контуры и небольшую толщину.

В дальнейшем при активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий эндодонтического характера наиболее интенсивно процессы восстановления костной ткани периапикальной зоны проходили в сроки от 6 до 12 месяцев после проведенного лечения.

У пациентов основной группы процесс реоссификации костной ткани периапикальной зоны начинался уже через 3 месяца после эндодонтического лечения и был наиболее выражен к 9-12 месяцам. Так, через 3 месяца полная реоссификация очага периапикальной деструкции определялась в 66,1% случаев, а частичная реоссификация – в 33,9% случаев.

У пациентов основной группы через 6 месяцев значение полного и частичного восстановления очага периапикальной деструкции в эстетически значимой окклюзионной зоне составило соответственно 72,6% (5 балла) и 27,4% (2-4 балла) при соответствующем значении 83,9% (5 балла) и 16,1% (2-4 балла) через 9 месяцев после лечения. Через 12 месяцев после реализации эндодонтического лечения у лиц основной группы полное и частичное восстановление периапикального очага деструкции отмечалось в 95,2% и 4,8% случаев соответственно.

В целом, через 12 месяцев после активной реализации способа эндоканального и проекционно-периапикального воздействия с учетом клинко-рентгенологических данных хороший результат эндо-периапикального лечения зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне (отсутствие жалоб и клинических симптомов заболевания, зуб участвует в акте жевания, на рентгенограмме определяется реоссификация костной ткани в периапикальной области) визуализирован у 95,2% пациентов основной группы наблюдения с 5-балльным рентгенологическим критерием и у 71,7% группы сравнения. Удовлетворительный результат эндодонтического лечения причинных зубов с периапикальной деструкцией гранулирующего и гранулематозного характера (отсутствие жалоб и клинических признаков заболевания, на рентгенограмме имеется существенное уменьшение очага деструкции костной ткани) в основной группе имел место у 4,8%, в группе сравнения – у 28,3% пациентов.

Заключение. Через 12 месяцев после эндодонтического лечения полное восстановление костной ткани, по данным рентгенологического исследования, а именно отсутствие

контуров периапикального дефекта, рентгенологическая плотность верхушечного очага, совпадающая с плотностью окружающей костной ткани, было зафиксировано у 97,5% пациентов, эндодонтически леченных в стадии обострения, и у 86,3% пациентов, леченных в стадию ремиссии. Это, на наш взгляд,

связано с активацией процессов деструкции кости во время обострения в пристеночной части периапикального дефекта, что провоцирует ускорение фазы дифференцировки клеток и активации в дальнейшей первой фазе остеопролиферации в центре около-верхушечного дефекта.

Бадалов Ш.А., Сайёдов К.М., Ховари Н.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ
ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол”»

Цель исследования. Оптимизировать методы подготовки детей с гипоспадией к операции с применением гормональных препаратов для улучшения кровоснабжения полового члена.

Материал и методы исследования. В основу нашей работы положены результаты обследования 154 больных мальчиков с различными видами формы гипоспадии, леченных на базе ГУ РНҚЦПДХ в отделении детской урологии НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2014 по 2020 гг. Возраст больных колебался от 2 до 15 лет.

Результаты и их обсуждение. В предоперационном периоде особое внимание уделяли предварительной гормональной подготовке препаратами хорионического гонадотропина, которая проводилась всем больным с проксимальной гипоспадией для увеличения размеров ствола полового члена и крайней плоти. Измеряя размер члена до назначения лечения и после курса гормональной терапии, мы отмечали увеличение длины кавернозных тел от 16% до 30% от первоначальной длины. Крайняя плоть становилась более мясистой, рыхлой, кожа

- слегка гиперемизированной. По данным УЗИ с цветовым доплеровским картированием, отмечалось увеличение диаметра сосудов крайней плоти и усиление скорости кровотока, что свидетельствовало об улучшении кровоснабжения кожи ствола полового члена и крайней плоти.

Гормональная терапия проводилась препаратом Хорионический гонадотропин 1000МЕ в/м 1 раз в неделю 4 инъекции. Данный комплекс предоперационной подготовки назначали при первичной консультации. Ребенок поступал в клинику после проведенного гормонального лечения. Для уменьшения кровоточивости тканей во время операции рекомендуется прекращать лечение за 2-3 дня до операции.

Заключение. Таким образом, мальчики с проксимальной гипоспадией нуждаются в проведении гормональной стимуляции препаратом «Хорионический гонадотропин». Гормональная стимуляция в/м в течение 2 недель позволяет достичь увеличения размеров полового члена на 30%, улучшая кровообращение кожи ствола полового члена и крайней плоти.

Бадалов Ш.А., Сайёдов К.М., Ховари Н.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ
ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол”»

Цель исследования. Улучшить результаты реконструктивно-восстановительных операций при проксимальной форме гипоспадии.

Материал и методы исследований. В основу настоящего исследования вошли 265 больных мальчиков с проксимальной гипоспадией, леченных на базе ГУ РНКИПДХ в отделении детской урологии НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2014 по 2020 гг. Детей с проксимальной стволовой формой гипоспадии было 110 (41,5%), с члено-мошоночной – 70 (26,4%), с мошоночной – 50 (18,8%) и промежностной – 35 (13,2%) мальчиков. Первичных больных было 180 (68%), ранее оперированных в других клиниках – 85 (32%).

Результаты и их обсуждение. При лечении проксимальной гипоспадии у 265 больных мы использовали этапную коррекцию порока и одномоментную пластику. Больные условно были разделены на две группы. В первую группу сравнения вошли 100 больных детей, оперированных за период с 2014 по 2017 гг. с применением стандартных методик пластики уретры:

1. одномоментные операции: пластика уретры поперечным лоскутом крайней плоти по Даккетом (Duckett);

2. этап операции: а) расплавление полового члена; б) и в) пластика уретры лоскутом ствола полового члена с укрытием неоуретры в члено-мошоночной анастомозе (Cecilel – II), с последующим разделением члено-мошоночного анастомоза (операция предусматривала два этапа).

Вторую группу составили больные (165), оперированные за период с 2017-2020 гг. с ис-

пользованием современных методов лечения проксимальной гипоспадии. Были использованы модификация одномоментной пластики уретры поперечным лоскутом крайней плоти (Duckett) и 2-этапная операция (Bracka, Cukcow) коррекции проксимальной гипоспадии.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 мес. до 5 лет у 105 (100%) больных. Хорошие косметические результаты наблюдали у 89 (84,7%) больных. Из них 39 (43,8%) детей – первой группы, сравнения, и 50 (56,1%) мальчиков – второй группы. Удовлетворительные результаты в виде умеренного снижения потока мочи наблюдали у 16 (15,2%) больных. Из них 9 (56,2%) – после одномоментных операций и 3 (18,7%) – после этапных операций. Во второй группе было 4 (25%) ребенка с удовлетворительным результатом после одномоментной операции. Неудовлетворительных отдаленных результатов не было, поскольку все осложнения, возникающие в послеоперационном периоде, устранялись повторными операциями.

Заключение. Таким образом, как показывают результаты лечения, двухэтапные операции более надежны и реже сопровождаются осложнениями, что вполне понятно. Единственным недостатком современного метода этапного лечения является два оперативных вмешательства вместо одного при одномоментной операции. В свою очередь, недостатком одномоментной методики считают высокой процент осложнений – до 15-20% (преимущественно свищи), которые также требуют повторной операции.

¹Байриков И.М., ²Мирзоев М.Ш., ²Хушвахтов Д.И., ²Рахмонов И.Р.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТКАНЕВОГО И ПОРИСТО-ПРОНИЦАЕМОГО МЕЛКОГРАНУЛИРОВАННОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ РФ

²Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Экспериментальное изучение остеопластических свойств тканевого и гранулированного пористо-проницаемого никелида титана (NiTi) с последующим его применением в клинической практике.

Материал и методы исследования. При выполнении настоящего исследования для заполнения костных полостей использовали тканевую и гранулированный пористо-проницаемый никелид титана. Исследования проведены на кроликах типа шиншилла мас-

сой 2,5-3 кг, содержащихся в стандартных условиях вивария ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Под общей анестезией, соблюдая при этом конвенцию о гуманном обращении с животными, выполнялось скелетированные альвеолярного отростка и тела нижней челюсти, фиссурным бором формировали костный дефект диаметром 5 мм. Дефекты заполняли гранулированным пористо-проницаемым никелидом титана, затем укрывали тканевой мембраной соответствующего размера из данного материала. Рану наглухо ушивали.

В послеоперационном периоде у всех животных рана заживала первичным натяжением, воспалительные процессы или отторжение материала не наблюдались. Животные получали антибактериальную терапию в соответствии с намеченным планом.

Морфологическое исследование проводили на базе кафедры морфологии и общей патологии СибГМУ, г. Томск (под руководством д.б.н., проф. И.В. Мильто). Изучение особенностей макроструктуры и морфогенеза, забор материала с образующимся регенератом производили на 7-е, 14-е, 21-е сутки и спустя 1, 3, 6 месяцев после операции.

Результаты и их обсуждение. Результаты экспериментального исследования показали, что через 6 месяцев объём дефекта резко уменьшился за счет костной регенерации. Оставшаяся часть дефекта заполнена плотной фиброзной соединительной тканью. Фиброзная соединительная ткань прилегает к компактизированной костной ткани, которая сформировалась раньше, по-видимому, напластованием новообразованных костных трабекул. На краях и в глубине бывшего дефекта в фиброзной ткани видны участки регенерации кости. В некоторых полях зрения определяются активные остеобласты на поверхности трабекул. Наблюдается образование костномозговой

полости, заполненной костным мозгом. В проекции дефекта и по периферии выявлялись синусоидные капилляры и артерии с тонкой мышечной стенкой.

В области дефекта сформирована губчатая костная ткань зрелого вида с сохраняющимися небольшими участками пролиферации остеогенных клеток.

Кроме того, имплантируемый материал полностью резорбирован. Большая часть дефекта заполнена относительно зрелой костной тканью, а поверхностная часть дефекта - плотной фиброзной соединительной тканью, в которой также видны участки фиброзного хряща.

Наблюдалась полная регенерация костной ткани, дефекты были заполнены костными трабекулами, по расположению схожими с рисунком здоровой кости. Сосуды дифференцированы, с классическим строением. В бывшем дефекте еще оставались небольшие единичные фрагменты имплантата - происходит окружение, прорастание имплантата новообразованной костной тканью, что свидетельствует об усиленной реакции остеогенеза. Кроме того, в тканях вокруг дефекта не обнаруживалось дистрофических и некротических изменений, что может свидетельствовать об отсутствии токсических свойств материала.

Закключение. Таким образом, проведенное нами экспериментальное и морфологическое исследование показало, что замещение искусственно созданных костных дефектов челюстей у животных материалами из сверхэластичного и пористо-проницаемого никелида титана оказывает различное по выраженности действие на динамику репаративного остеогенеза и заживление костной раны. В результате обеспечивается стимуляция процесса остеогенеза, регенерация костной ткани за счет использования биосовместимого материала.

¹Баходуров Д.Т., ²Амиршоев А.К.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ НЕКОТОРЫХ СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра детской хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГУ «Медицинский комплекс "Истиклол"»

Цель исследования. Разработка наиболее эффективного способа ликвидации остаточной полости (ЛОП) при эхинококкэктомии (ЭЭК) 2, 3, 5, 6 сегментов печени.

Материал и методы исследования. На обследовании и лечении находились 72 ребенка в возрасте от 2 до 15 лет с эхинококковыми кистами (ЭК) 2, 3, 5, 6 сегментов печени. Одиночные ЭК были у 46, множественные - у 26 больных. У 72 больных наблюдались 113 ЭК. В 2 сегменте печени локализовались 19 (16,8%) ЭК, в 3 сегменте - 23 (20,4%), в 5 - 40 (35,4%) и в 6 - 31 (27,4%). ЭК больших размеров (объем - от 250 до 1000 мл в зависимости от возраста ребенка) было 66,4%, гигантских (объем - 600 до 1500 мл и более) - 33,6%. Отдаленные результаты от 2 до 15 и более лет изучены у 57 (79,2%) из 72 оперированных детей.

С целью исключения эхинококкоза легких и характеристики состояния куполов диафрагмы проводилась обзорная рентгенография грудной клетки, для выявления остаточной полости (ОП) и рецидива ЭК выполняли УЗИ печени, органов брюшной полости и забрюшинного пространства. С целью выявления ОП и характеристики архитектонического состояния сосудистой системы печени и рубцовых изменений на месте удаленной ЭК произведена КТ (36), трансаортальная (10) и чреспупочная (19) ангиография и доплерография (36) печени. Исследования функционального состояния печени проведены по общепринятой методике.

Больные в зависимости от ЛОП после ЭЭК 2, 3, 5, 6 сегментов печени разделены на 2 группы. 1 группа (контрольная) - 37 детей, которым произведены ЭЭК с ЛОП традиционными способами (заворачиванием одной или обоих краев фиброзной капсулы кисты (ФКК) с подшиванием ко дну - 17, пломбировка ОП выкроенным лоскутом большого сальника на сосудистой ножке - 11, типичная или атипичная резекция печени - 9). 2 группа (основная) - 35, с ЛОП ЭК путем наложе-

ния П-образных швов, которая осуществлялась следующим образом. После удаления хитиновой оболочки ЭК и обеззараживания ОП 96° этанолом, ОП ЭК широко раскрывается рассечением ФКК параллельно идущим печеночным сосудам, ушиваются желчные свищи. ФКК рассекается по периметру ОП ЭК в пределах до 1-1,5 см толщины паренхимы печени. Участок ФКК, лишенный печеночной ткани, иссекается. В результате рассечения ФКК образуется один или два (верхний или нижний) наружных (латеральный) лоскута с тонким слоем печеночной ткани и внутренняя (медиальная) площадка ФКК на паренхиме печени. С целью ЛОП на медиальной площадке ФКК, начиная от дна ОП, накладываются несколько П-образных кетгутовых швов в зависимости от объема ЭК. П-образные швы проводятся через латеральный лоскут в виде матрасного шва и завязываются. В результате подшивания наружного и внутреннего лоскутов ФКК ОП ликвидируется.

Результаты и их обсуждение. У 7 (9,7%) больных 1 группы в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались осложнения в виде: желчного перитонита (2); образование ОП с нагноением (2), воспалительная инфильтрация на месте ОП с токсическим гепатитом (2); длительная послеоперационная лихорадка (2). В отдаленном сроке после ЭКК осложнения возникли у 5 (6,9%) больных в виде: ОП на месте ЛОП ЭК (2); склероз ткани печени, деформация сосудов и желчных ходов сегмента на месте ЛОП ЭК (3). У II группы больных в ближайшем и отдаленном периодах после операции осложнений не наблюдалось.

Закключение. ЛОП ЭК по предложенному способу оказалась более эффективной, архитектоническое состояние сосудистой системы печени на месте ЛОП ЭК было удовлетворительным, а склеротические изменения - минимальными.

Гульмурадов У.Т.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФЛЕБОЛОГИИ – ЭНДОВАЗАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И МИНИФЛЕБЭКТОМИИ

Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей путем применения эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) и минифлебэктомии по методу Варади.

Материал и методы исследований. Настоящее сообщение основано на результатах обследования и хирургического лечения эндовенозной лазерной облитерацией и минифлебэктомией по методу Варади 180 больных с варикозной болезнью нижних конечностей в отделении хирургии сосудов РНЦССХ. Среди них женщин было 135, мужчин - 45, в возрасте от 18 до 65 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 содержание тромбоцитов). 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 170, C3 - у 10 пациентов. Процедура ЭВЛО варикозно расширенных вен нижних конечностей проводилась под местной анестезией под контролем дуплексного сканирования. Применяли аппарат «Лахта-Милон» (Россия) с использованием лазерного излучения длиной волны 1470 нм, мощностью 7 Вт. Под контролем ультразвука на уровне коленного сустава выполняли пункцию ствола большой подкожной вены с установлением интродюсера 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 вводили раствор Кляйна, инъекцией анестетика (1% раствор лидокаина 20,0 + 500 мл физ. раствора) создавали плотную «подушку» вокруг облучаемого участка вены

для местной анестезии. Далее на фоне автоматической тракции световода (0,75 мм/сек) производили эндовазальную лазерную коагуляцию вены. После завершения ЭВЛО под местным обезболиванием раствором Кляйна производили минифлебэктомию по методике Варади ветвей большой и малой подкожной вен. Через прокол 1,5 мм ангиокарда 14 G с помощью крючков Варади максимально вытягивали веточки большой и малой подкожной вен 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 1 месяца.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов после ЭВЛО и минифлебэктомии достигнут хороший клинический и косметический эффекты. По данным контрольного дуплексного сканирования, наступала полная облитерация ствола поверхностной подкожной вены с прекращением рефлюкса крови. У 10 пациентов отмечались умеренные боли в области минифлебэктомии на голени в течение 2-3 дней. Незначительные гематомы были у 5 больных. Тромбоз глубоких вен развился у 1 больного на 30 сутки после операции, в анамнезе имелся COVID-19. Больная повторно госпитализирована и после консервативного лечения выписана домой. В течение 1 года наблюдения рецидивов заболевания не было.

Заключение. Эндовенозная лазерная облитерация и минифлебэктомия по методике Варади является малотравматичными, эффективными и безопасными методами лечения варикозно расширенных вен нижних конечностей. При строгом соблюдении показаний ЭВЛО в сочетании с минифлебэктомией дает хороший косметический эффект и ускоряет реабилитацию пациентов.

Гульмуродов У.Т., Джураев Ш.М.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Снижение риска послеоперационных осложнений при остром коронарном синдроме у больных с коронавирусной инфекцией после эндоваскулярной реваскуляризации миокарда.

Материал и методы исследования. В настоящее исследование включены 3 больных в возрасте 54-61 года, обследованных в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии в период пандемии коронавируса 2020 г. Среди них мужчин было 2, женщин - 1.

Диагнозы острого коронарного синдрома и COVID-19 установлены на основе клинико-анамнестических данных, после проведения ЭКГ, ЭхоКГ, результатов лабораторных исследований, коронароангиографии (КАГ), рентгенографии и компьютерной томографии легких.

У обследованных больных с острым коронарным синдромом на ЭКГ была выявлена элевация сегмента ST по передней стенке левого желудочка. По данным ЭхоКГ, средняя фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) составила $52,6 \pm 4,3\%$. При компьютерной томографии легких выявлена интерстициальная пневмония вирусной этиологии. По степени поражения легких у двоих больных она соответствовала КТ 3 и у одного пациента – КТ 2. По данным КАГ, у обследованных пациентов обнаружено поражение передней межжелудочковой артерии.

Всем больным в экстренном порядке выполнены реканализация, баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий. Имплантированные стенты были с лекарственным покрытием (Medtronic Resolute Integrity, USA). В послеоперационном периоде всем больным проводилась гипотензивная, антикоагулянтная, антиагрегантная и антилипидная терапии.

Результаты и их обсуждение. В ближайшем и отдаленном сроках наблюдения проводилась непосредственная оценка клинической симптоматики и лабораторно-инструментальных исследований.

Один больной через два дня после коронарного стентирования в связи с усилением симптомов пневмонии (одышка в покое, снижение SpO_2 до 80%, повышение температуры тела) был переведен в инфекционное отделение для дальнейшего специализированного лечения. У остальных двоих пациентов (на вторые сутки у

одной пациентки и через 10 дней у другого больного) возникли резкая одышка и сильные загрудинные боли. При контрольном ЭКГ-исследовании выявлена повторная ишемия миокарда по передней стенке левого желудочка. В экстренном порядке проведена повторная коронарная ангиография, обнаружен острый тромбоз имплантированных стентов (1) и стента со стволом левой коронарной артерии (1). Одной больной выполнена urgentная тромбоэкстракция и ангиопластика ствола левой коронарной артерии и стента передней нисходящей (ПНА) артерии. Другому пациенту выполнена тромбоэкстракция, баллонная ангиопластика и повторное стентирование ПНА. Послеоперационный период у обоих больных протекал тяжело. Они получили интенсивную и длительную антикоагулянтную терапию в течение 7-12 дней.

Частота и распространенность ранних послеоперационных осложнений свидетельствует о высоком риске возникновения гиперкоагуляции у больных с коронавирусной инфекцией. Обоим больным после проведения повторной ангиопластики коронарных артерий проводили длительную антикоагуляционную и антиагрегационную терапию до стадии ремиссии болезни.

У исследуемых больных отмечено достоверное снижение процессов гиперкоагуляции после разрешения острого периода воспалительного процесса в легких. Непосредственные результаты наших исследований свидетельствуют об эффективности urgentного коронарного стентирования в устранении острого коронарного синдрома при длительном сочетанном применении антиагрегантов и антикоагулянтов до стадии ремиссии у больных с Covid 19.

Заключение. Urgentное стентирование коронарных артерий с сочетанным и длительным проведением антикоагулянтной и антиагрегантной терапии у больных с острым коронарным синдромом с сопутствующим Covid-19 до разрешения острого периода воспалительного процесса уменьшают частоту и распространенность тромбоза стента в ближайшем послеоперационном периоде. Благодаря этому снижается риск развития повторной острой ишемии миокарда, тяжелых сердечных аритмий и внезапной смерти.

Гурезов М.Р., Шафозода М.Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА, ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель работы. Проанализировать социологические аспекты организации стоматологической помощи у лиц с патологией пародонта протетического генеза.

Материал и методы исследования. Среди обследованных лиц проводился социологический опрос по вопросам оказания стоматологической помощи и использования несъемных ортопедических протезов с целью устранения соответствующих дефектов. Проведено анкетирование 250 первичных ортопедических стоматологических пациентов. Группа обследованных состояла из 108 мужчин и 142 женщин в возрасте от 20 до 60 лет. Все пациенты обратились к врачу стоматологу-ортопеду с целью устранения болевых ощущений и кровоточивости десен в области ранее наложенных несъемных протезов.

Для установления диагноза, определения тактики лечения, объема ортопедического вмешательства и конструктивных особенностей зубных протезов, анализа ближайших и отдаленных результатов была разработана карта, по которой всем больным проводили клиническое обследование, включающее сбор жалоб, анамнестических данных, оценку состояния челюстно-лицевой области в целом, зубных рядов, челюстей, слизистой оболочки полости рта.

Результаты и их обсуждение. Среди всех опрошенных пациентов 3,8% считают, что они очень хорошо информированы о современных методах профилактики стоматологических заболеваний, 46,2% - достаточно информированы, 28,2% - имеют недостаточную информацию, а 21,8% - плохо информированы. Разный уровень информированности о стоматологической профилактике был выявлен у лиц разного возраста. Если лица в возрасте до 40 лет в 65,1% случаев отметили очень хорошую и достаточную информированность, а в 34,9% - указали на недостаточную информированность, то среди респондентов 40-летнего возраста и

старше лишь 37,2% отметили достаточную информированность по этому вопросу, а 61,5% указали на недостаточную (24,4%) и плохую (37,1%) информированность.

В ходе опроса подтвердился факт, что уровень общего образования респондента играет определенную роль в степени его информированности о профилактике заболеваний органов и тканей полости рта. Так, среди лиц с начальным образованием 64,7% указали на плохую информированность, среди лиц со средним образованием таких ответов было уже только 27,5%, а среди лиц с высшим образованием - лишь 8,1%. Правила гигиены полости рта и зубов соблюдают регулярно 76,9% респондентов, в то время как 12,4% - нерегулярно, 3,2% - по необходимости, а 7,5% вообще не соблюдают эти правила.

Об уровне стоматологической культуры ортопедических пациентов можно в какой-то степени судить по показателям посещаемости стоматолога. Материалы нашего исследования указывают, что 36,1% респондентов посещают стоматолога регулярно, 19,7% - нерегулярно, а большинство опрошенных (44,2%) - только по необходимости. Среди предпринимателей 29,7% регулярно посещают стоматолога, а 70,3% - нерегулярно, среди неработающих - соответственно 81,3% и 18,7%. В группе служащих 46,2% опрошенных посещают стоматолога регулярно, 12,7% - нерегулярно, в то время как 41,1% посещают только по необходимости.

Следует сказать, что среди опрошенных пациентов только 84,5% знали, какой вид конструкции зубного протеза был для них изготовлен: в 37,3% случаев это был полный съемный протез; в 11,8% случаев был изготовлен частичный пластиночный съемный протез; бюгельный протез назвали 2,2% опрошенных; на несъемные виды конструкции указало 33,2% респондентов (в том числе на мостовидные протезы - 13,7%, на коронки - 17,7% и штифтовый зуб - 1,8%).

Эстетические качества изготовленных про-

тезов респонденты оценили приблизительно также, как и их функциональные свойства. В целом, из всех респондентов 18,8% оценили эстетические качества на «отлично», 45,7% - на «хорошо», 27,1% - на «удовлетворительно» и 8,4% - на «неудовлетворительно».

Последний вопрос анкеты касался пожеланий и предложений по улучшению организации ортопедического обслуживания. Такие пожелания высказали 63,8% респондентов. Более активными оказались женщины, 86,3% которых сделали какие-то предложения. Среди мужчин таких было 35,2% опрошенных. Следует отметить, что

с возрастом у ортопедических пациентов активность пожеланий и предложений нарастает. Так, 95,3% опрошенных старше 40 лет написали в анкете свои пожелания, среди молодых лиц (до 40 лет) этот показатель составил лишь 11,3%.

Заключение. Преимущество метода социологического интервьюирования среди ортопедических пациентов заключается в том, что он позволяет достаточно оперативно получить необходимую информацию, характеризующую многие качественные характеристики стоматологической помощи.

Ёров У.У., Назарова Ш.Ф., Хасаналиева А.Х., Сохибова Т.М.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БРЮШНОЙ ФОРМЫ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

Медицинский центр «Хатлон», г. Бохтар

Кафедра сестринского дела Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель работы. Лапароскопическая диагностика и определение тактики лечения при брюшной формы крипторхизма.

Материал и методы исследования. В медицинском центре Хатлон г. Бохтара за 2015-2020 гг. с крипторхизмом оперированы 28 больных, 18 из них были с паховой, 8 - с брюшной формы крипторхизма, которым орхипексия проводилась лапароскопическим методом. Из 18 больных с паховым крипторхизмом 10 оперированы по методике Соколова, 8 - по методике Шумахера-Петривальского. Возраст пациентов был от 3 до 15 лет, преобладали мальчики в возрасте 4-6 лет. С двухсторонним крипторхизмом было 4 больных, с односторонним - 2.

Все пациенты госпитализированы в плановом порядке. До госпитализации проводились стандартные клиничко-лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, кал на яйца глистов и кровь на маркеры вирусного гепатита), а также доплерография паховой области и брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. В нашей клинике с 2015 г. больным с брюшной формой крипторхизма налажена методика лапароскопии с целью подтверждения или исключения агенезии яичка, которая в большинстве случаев позволяет установить точный диагноз. Нужно отметить, что резуль-

таты УЗИ не всегда совпадали с реальностью. Если при лапароскопии определяется яичко в брюшной полости, то операция оканчивается его низведением по принятой методике. Тактика низведения яичка определяется в зависимости от длины элементов семенного канатика. В случае, если элементы семенного канатика короткие, то оперативное лечение производится двухэтапно. Такая операция нами проводилась в двух случаях.

Если яичко на длинной ножке, то его низведение производилось по методике Соколова (10 больных). Из них с двухсторонним крипторхизмом было двое больных, один из них оперирован в районных условиях два года назад, с двух сторон яички во время операции не были найдены, больному был поставлен диагноз «двухсторонняя агенезия в брюшной полости», орхипексия проводилась двухэтапно. У 1-го больного при лапароскопии в брюшной полости яичко не найдено, с уверенностью поставлен диагноз «правосторонняя агенезия яичка».

Больным с двухсторонним крипторхизмом в терапии назначен хорионический гонадотропин в возрастных дозировках. Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, яички пальпировались в мошонке, безболезненны.

Заключение. При брюшной форме крипторхизма лапароскопическая диагностика и лечение всегда целесообразны и эф-

фективны, тем самым исключаются случаи напрасного оперативного вмешательства у детей.

Заркуа Н.Э., Кубачев К.Г., Куталия Д.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста с кистами поджелудочной железы.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 162 больных в возрасте от 70 до 84 лет с ложными кистами поджелудочной железы. Обследование больных с постнекротическими кистами проводилось по алгоритму, включавшему тщательное изучение жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, лабораторных, инструментальных, рентгенологических и ультразвукографических методов исследования, спиральной компьютерной томографии и эндоскопической ретроградной и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии.

Результаты и их обсуждение. У 36 больных кисты располагались в области головки, у 101 - в области перешейка и тела и у 25 - в области хвоста. Объем кист, определенных по стереометрической формуле, составил от 60 до 2100 мл, диаметр - от 6 до 25 см. У 37 больных осуществлено эндоскопическое дренирование кист, в том числе - эндоскопическое транспапиллярное дренирование - у 17, эндоскопическое трансмуральное дренирование - у 20 больных. Нарушение эвакуации из желудка имелося у 8 пациентов. Для транспапиллярного дренирования обязательным условием было наличие сообщения жидкостного образования с главным панкреатическим прото-

ком или признаки дилатации протоковой системы поджелудочной железы, а также техническая возможность транспапиллярного доступа. Показаниями к применению данного способа лечения считали солитарные неосложненные кисты, непротяженные проксимальные протоковые стриктуры главного панкреатического протока, конкременты главного панкреатического протока. При трансмуральном дренировании после выполнения гастродуоденоскопии, для рассечения, под контролем ЭУС выбирали наиболее безопасную зону медиальной стенки двенадцатиперстной кишки с наиболее выраженной деформацией стенки за счет интимного прилегания кисты. Торцевым папиллотомом выполняли разрез стенки кишки и капсулы кисты, через инструментальный канал заводили канюлю с проводником в полость кисты, по проводнику устанавливали цистоназальный дренаж. Для контроля стояния дренажа выполняли контрастирование полости кисты. Во всех случаях удалось добиться ликвидации кистозных образований и нарушения эвакуаторной функции желудка. Осложнений, связанных с выполнением данных вмешательств, не отмечено.

Заключение. Таким образом, применение эндоскопических вмешательств при кистах головки поджелудочной железы является эффективным и безопасным способом их лечения, позволяющим сократить сроки медицинской реабилитации и снизить тяжесть хирургической агрессии.

Ибрагимов Ш.С., Тоиров.Н., Расулзода С.Ч., Сайфуллоев Н.

ПЕШГИРИИ БЕМОРИИ ПАРОДОНТ ВА НИШОНАҲОИ ОН

Кафедраи стоматологияи Шӯъбаи Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар шаҳри Бохтар

Тибқи маълумоти Созмони Ҷаҳонии Беҳошт дар 95 дарсади аҳолии калонсол ва 80 дарсади кӯдакон нишонаи бемории пародонт мушоҳида мешавад. Миёни бемориҳои пародонт 90-95 дарсадро бемориҳои илтиҳобӣ, ба монанди; гингивит (илтиҳоби милки дандонҳо), пародонтит (илтиҳоби бофтаҳои гирди дандон), парадонтоз (яъне бофтаҳои лучшавии решаи дандон)-ро ташкил медиҳад. Милки солим устухонро пӯшонида, дар қисмати гарданаи дандон бо сатҳи дандон пайваст мегардад. Миёни милк ва дандон як ҷӯяки дорои чуқурии 1-2 мм вучуд дошта, ин ҷӯяки милкӣ як садди табиӣ муҳофизатӣ дар муқобили сироятҳо ба шумор меравад.

Илтиҳоби милкҳо одатан аз гингивит оғоз меёбад, ки танҳо бофтаҳои сатҳии милкро вайрон мекунад. Барои гингивит чунин аломатҳои дифференсиалию ташхисӣ хос мебошад, масалан: бисёртар дар байни кӯдакону наврасон вомехӯрад; хунравӣ мушоҳида мешавад; кисаи патологӣ ва дар акси рентгенӣ вайроншавии сохти устухони ҷоғ мушоҳида намешавад; ҳолати умумии касал дигар намешавад, фақат ба ғайр аз шиддатнок шудани беморӣ.

Якчанд намудҳои гингивити катаралӣ дар байни ҷавонон вучуд дорад, аз ҷумла: гингивити шадиди серозӣ, дар аснои он хунравӣ ҳангоми шустани дандонҳо, пайдо шудани дард ҳангоми хӯрокхӯрӣ, варами пистонаки байни дандонӣ ва ҳангоми сӯзанзанӣ хунравӣ мушоҳида мешавад; ҳангоми гингивити бардавоми серозӣ шикоятҳо кам мушоҳида карда мешавад, лекин дар ҳолати дуру дароз давом кардани беморӣ, вайроншавии сохти устухон (атеросклероз), мушоҳида карда мешавад. Шиддатнокшавии гингивити бардавоми серозӣ дар ҳолате ба амал меояд, ки бемор ба касалии сирояткунанда дучор буда, дар ин ҳолат миёни милки дандон варами шуда, қисаҳои калбакӣ ба вухуд меояд ва ҳарорати бадан баланд шуда, бемор худро бад ҳис мекунад. Инчунин пробаи Кулаженко мусбат, яъне дар моеи ковокии даҳон миқдори лейкоцитҳо зиёд шуда, ҳуҷайраҳои эпителиялӣ низ зиёд мешаванд.

Аз рӯи дараҷаи вазнинӣ гингивити катаралӣ ба се дараҷа ҷудо мешавад: гингивити сабук (агар илтиҳоб дар доираи пистонаки дандон мушоҳида шавад); гингивити вазнини миёна (илтиҳоб дар доираи милке, ки гарданаки дандонро иҳота кардааст); гингивити вазнин (агар илтиҳоб ҳамаи қисми милки ҷоғарро иҳота карда бошад).

Гингивити паҳншуда, дар вақти касалиҳои узвҳои ҳозима (касалии реш, илтиҳоби куррӯда) дида мешавад.

Гингивити Венсан (фузоспирохетоз), ки бештар дар шахсони синнашон аз 30 сола боло дидашуда, пайдо шудани дард ва хунравӣ дар милки дандон, бӯи бад аз даҳон, баланд шудани ҳарорати бадан мушоҳида мешавад.

Гингивити решӣ ҳангоми гирифтورشавӣ ба бемориҳои сирояти шадиди роҳҳои нафас, асаб ва хун (лейкоз) дида мешавад. Равиши патологӣ дар доираи дандонҳои курсии калону майдаи ҷоғҳои болову поён ва пардаи луобии лунҷҳо ҷойгир мешавад. Дар доираи дандонҳои пеш кам вомехӯрад, аз ин лиҳоз ҳангоми ташхиси дифференсиалӣ бо лейкоз аҳмияти калон дорад. Ҳангоми муоинаи ковокии даҳон милки дандон серхун буда, канораҳои милк ба монанди эпителияи некрозшуда сафеди бӯрмонанд мешавад. Ҳангоми кандани қитъаҳои некрозшудаи милк, хунравӣ дида мешавад. Бинобар сабаби дардманд будани милки дандон, беморон аз херокхӯри ва шустани дандонҳо ҳудорӣ мекунанд, ки боиси ҷамъшавии хӯрок ва микробҳо мегардад.

Гингивити гипертрофӣ. Ду намуди гингивити гипертрофӣ мавҷуд аст:

- варами (отечная), ки аз милки дандон бе таъсири ягон ангезанда хунравӣ мушоҳида карда мешавад ва дар ин ҳолат пистонаки байнидандонӣ илтиҳобнок шуда, ки $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$ ҳиссаи қисми дандонро пӯшонида, аз ин лиҳоз 3 намуди гингивити гипертрофии сабук, миёна ва вазнинро вохурдан мумкин аст - фиброзӣ, яъне пистонаки милки дандон дигаргун буда, аммо милки он дигаргун нест ва беморон ба намуди эстетикӣ шикоят намуда, қисаҳои қалбакӣ пайдо мешавад.

Пародонти - бемории илтиҳобиест, ки тамоми маҷмӯаи бофтаҳои гирду атрофи дандони милк, пайҳо ва устухонро фаро мегирад. Ин ду беморӣ дар асл бо ҳам алоқаманд буда, раванди илтиҳоби аввал дар бофтаҳои милк, пасон оҳиста оҳиста ба пайи дандон ва устухон мепайвандад. Нишонаҳои аввалини беморӣ; хунравии милкҳо, бўи бад аз даҳон ва пайдо шудани гарди дандон (зубной налет) мебошанд. Пародонтит метавонад солҳои дароз бе дард ва бе ягон аломат ҷараён ёфта, бисёр вақт мариш ба табиб дар марҳалаи вазнин муроҷиат мекунад. Сабабҳои асосии сарзадани бемории бофтаҳои атрофии дандон пулакчаи дандон махсус меёбад, яъне дар сатҳи дандонҳо пеликулла ном пардаи тунуки шаффоф ҳаст, ки минои (эмали) дандонро аз таъсири номусоиди моддаҳои турши оби даҳон ва физо эмин дошта, дар ҳолати рӯя

накардани қоидаҳои беҳдошти ва нодуруст шустани дандон, аввал пеликулла зарар дида, минбаъд сабабҳои пайдоиши пулакчаҳои дандон ва оҳиста оҳиста калон шуда ба таги милки дандон даромада, тавассути ихроҷоти микроорганизмҳо, бофтаҳо илтиҳобнок мешаванд.

Сабаби илтиҳоби милкҳо мутахассисон дар пайдо шудани лоя ё гард рӯи дандонҳо медонанд, ки дар дохили он дарҳол микроорганизмҳои зинда пайдо шуда ин лояҳо сари вақт тоза накунем, он ба санги дандон мубаддал мегардад. Санги дандон беҳтарин макони зист барои бактерияҳо буда, ҷамъ гардидани он дар қисмати ҷӯяки милки дандон, ки боиси гингивит гардида, ҳангоми табобат накардан он ба парадонтит мубаддал гардида, дар навбати худ ба бофтаи устухони дандон зарба мезанад.

Икромов М.К., Назирмадова М.Б., Абдухалилов А.А.,
Косимов А.А., Умаров С.И.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ГУ «Национальный медицинский центр “Шифобахш”»

Цель исследования. Оценить существующие методы лечения юношеской ангиофибromы основания черепа в зависимости от стадий патологического процесса.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 67 пациентов с ЮАОЧ, находящихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении ГУ НМЦ «Шифобахш» и ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ в период 2010-2020 годы. Все пациенты были исключительно мужского пола в возрасте от 10 до 25 лет, которые были разделены на 3 возрастные группы: 4 (6,0%) пациента 10 – 14 лет, 48 больных - от 15 до 19 лет и 15 (22,4%) больных - в возрасте от 20 до 25 лет. Анализ клинического материала указывает на то, что наибольшее число пациентов (71,6%) относилось к раннему юношескому возрасту - 15-19 лет. У всех больных ЮАОЧ верифицирована морфологическим исследованием биоптатов и послеоперационных материалов.

У значительного числа - 40 (59,7%) - больных установлена II стадия ангиофибromы, I

стадию имели 7 (10,5%), III стадия - 16 (23,9%) больных, IV – 4 (5,9%).

В клинике после всесторонних обследований и уточнения диагноза выбор метода лечения осуществлялся в зависимости от стадий заболевания. Из общего количество больных двоим с запущенным периодом заболевания было решено назначить лучевое лечение, одному больному - лучевое + хирургическое лечение и двоих больных отправили на химиотерапию. Склерозирующая терапия проведена 10 (14,9%) пациентам с ЮАОЧ III-й стадии в виде инъекции в толщу опухоли 90% спирта. Основная масса - 52 (77,6%) - больных были прооперированы с применением различных доступов в зависимости от стадий опухолевого процесса.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам, которым произведено хирургическое вмешательство в зависимости от стадии опухолевого процесса и распространения его в соседние структуры, выбирали определённые оптимальные доступы. Так, из числа всех

оперированных больных 47 (74,6%) удаление ЮАОЧ произведено через естественные пути (рот и нос), 7 (11,1%) пациентам была выполнена боковая щадящая ринотомия, 5 (7,9%) больным с опухолью III-й стадии доступ к опухоли произведен по Денкеру, 4 (6,4%) - по Муру.

Больные, перенесшие лучевую и химиотерапию, на второй неделе лечения почувствовали улучшение субъективного состояния (уменьшение головных болей, улучшение сна, уменьшение раздражительности и др.). Объективно при динамической риноскопии у них задерживался рост опухоли, а у двоих уменьшился и её объём. У больных, перенесших склерозирующую терапию, не только не улучшились субъективные и объективные данные, но и не было положительного эффекта в виде уменьшения интраоперационной кровопотери.

Заключение. Таким образом, эффективность лечения и реабилитация больных с юношеской ангиофибромой основания черепа имеют прямую зависимость от правильно и оптимально выбранного метода лечения. Доступ к опухоли при оперативном вмешательстве данной патологии должен быть произведен в зависимости от стадий заболевания. Радиологическое лечение и химиотерапия, как самостоятельные методы лечения, должны проводиться при запущенных формах ЮАОЧ, когда опухоль проникла в полость черепа и глазницу с охватом жизненно важных структур организма. Склерозирующую терапию 90% спиртом можно считать неэффективным методом, а время, затрачиваемое для проведения этого метода, может быть использовано для своевременного проведения хирургического лечения или лучевой терапии.

^{1,2}Икромов Т.Ш., ^{2,3}Мурадов А.М., ²Ибодов Х.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

²ГОУ ИПОвСЗ РТ

³ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Изучение эффективности применения озона в лечении больных с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы исследования. При поступлении обструктивные уропатии, как острое серозное воспаление почки, наблюдались у 33 пациентов, острое гнойное воспаление почки - у 28 (гнойничковый пиелонефрит – апостомоз и пионефроз - 9, карбункул - 2 и абсцесс почки - 8, пионефроз и паранефрит - 9). При этом микробиологический посев и анализ мочи поступивших больных выявили наличие стафилококков у 26,2%, стрептококков - у 16,6%, протей - у 9,09%, синегнойной палочки - у 8,1%, кишечной палочки - у 13,9% и клебсиелл - у 4,8% пациентов. Всем больным перед операцией с учетом чувствительности была проведена антибактериальная терапия.

Результаты и их обсуждение. Нами проанализированы результаты лечения 45

детей с уролитиазом, осложненным ХБП, после оперативного лечения: 30 больным в послеоперационном периоде в комплексной интенсивной терапии (КИТ) с целью быстрой ликвидации воспалительного процесса в почке, регенерации и повышения местной иммунной реакции внутривнутрипочечно применялся озонированный физиологический раствор. Выполнено 156 сеансов озонотерапии и 40 сеансов внутривнутрипочечного орошения гипохлоритом натрия.

С целью прямого воздействия на гомеостаз и весь спектр токсических соединений, вызывающих синдром эндогенной интоксикации (СЭИ), опосредованным механизмом осуществляли профилактику синдрома острого легочного повреждения (СОЛП), ДВС-синдрома в стадии гиперкоагуляции и синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) применением метода озонирования крови в предоперационной подготовке у детей с уролитиазом, осложненным ХБП. Для

этого на этапе послеоперационного лечения использовали методики не только внутривенного, но и местного применения озона.

Местно озон применяли при инфицировании ран и паранефральной клетчатки, так как этот способ лечения является высокоэффективным, экологичным и экономически выгодными, обеспечивает бактерицидное, фунгицидное, иммунорегулирующее и противогипоксическое воздействие, при этом практически не оказывая побочных эффектов.

В послеоперационном периоде наряду с противовоспалительной, антибактериальной и инфузионной терапией на 2 сутки проводился курс внутривисочечного орошения озонированным физиологическим раствором, который воздействует на функциональное состояние почек за счет улучшения микроциркуляции, нормализации реологических свойств крови, улучшения лимфоттока и стабилизации местного клеточного иммунитета.

В нашем исследовании применяли медицинский озон в концентрации 6-8 мг/л для внутривисочечного промывания. Курс лечения выбран для каждого больного индивидуально, в среднем $5,0 \pm 1,2$ сеансов.

Результаты бактериологического исследования мочи и отделяемого из нефростомы до операции указывают на наличие патогенной микрофлоры. Анализ показал, что после второго сеанса переливания озонированного физиологического раствора и применения гипохлорита натрия в моче количество высеянной флоры - стафилококк, стрептококк, протей, синегнойная палочка, кишечная палочка и клебсиеллы - уменьшилось, в среднем, на 65,4% ($p < 0,05$), после 4-го сеанса - на 90,2% ($p < 0,05$) и после 6 сеанса - на 100%. Боли в пояснице со стороны оперированной почки отсутствовали.

Заключение. Включение в комплекс лечения внутривисочечного орошения озонированным физиологическим раствором и применение непрямого электрохимического окисления 0,06% раствором гипохлорита натрия при уролитиазе способствует более быстрому и полноценному улучшению динамики клинического течения заболевания, снижению эндотоксикоза, регуляции гемостаза, активации окислительно-восстановительных реакций в крови и тканях, повышению общей резистентности организма и исчезновению болевых ощущений.

^{1,2}Икромов Т.Ш., ^{2,3}Мурадов А.М., ²Абдулалиев А., ^{2,3}Шумилина О.В.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК I-II СТАДИЙ

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ
²ГОУ ИПОвСЗ РТ

³ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Изучение содержания электролитов и кислотно-основного состояния (КОС) у больных с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек (ХБП) I-II стадий

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты обследования и лечения 132 детей в возрасте от 3 до 18 лет с уролитиазом, осложненным ХБП I-II стадии. Мальчиков было 98 (74,2%), девочек - 34 (25,8%). Из 132 больных I стадия отмечалась у 73 (55,3%), II стадия - у 59 (44,7%) больных.

Одновременно забирались и исследовалась смешанная венозная кровь (СВК), притекающая к легким, из правого желудочка сердца путем его катетеризации через подключичную вену; оттекающая от легких артериальная кровь (ОАК) - путем катетеризации бедренной, локтевой или лучевой артерий. По артерио-венозной (А-В) разнице изученных показателей определялась метаболическая функция легких в регуляции КОС и электролитов.

Изучены концентрации натрия, калия и кальция плазмы, рН крови, истинного бикарбо-

ната (AB), избытка оснований (BE), парциальное давление углекислого газа (PaCO_2), парциальное давление кислорода (PaO_2), сатурация кислорода (SatO_2) и осмолярность крови общепринятым методом на ионометре «Frezenus», КОС – микрометодом Аструпа на аппарате pH/BloodGas/Electrolytes 1650 фирмы Dreger.

Результаты и их обсуждение. У больных с уролитиазом в 1-й стадии скорость клубочковой фильтрации (СКФ) ≥ 90 мл/мин – была у 73, 2-й ст. – у 59 (СКФ < 89 -60 мл/мин), что указывает на достаточные компенсаторные возможности легких у этой группы больных. Резервные возможности легких проявились также при изучении показателей AB, BB, несмотря на то, что они были меньше нормы на 35,1% и 80% в СВК, в ОАК они достигали средних значений нормы, А-В разница увеличилась и составила по AB 50,6% ($p < 0,05$), по BB 60,0% ($p < 0,001$). Изменения концентрации Ca^{2+} в большей мере обусловлены метаболическими нарушениями при уролитиазе, чем нарушением водно-электролитного баланса. В зависимости от прогрессирования стадии ХБП отмечаются сдвиги содержания Na^+ и K^+ в плазме крови к верхним границам, а Ca^{2+} – к нижним. Анализ А-В разницы показателей содержания этих электролитов выявил отсутствие статистически значимых результатов, так как при данных стадиях ХБП почечная функция хотя и снижена, но компенсирована. Необходимо отметить, что в 1-й и 2-й стадиях состояние КОС было в пределах нормы, что объясняется широкими компенсаторными возможностями легочной ткани и её респираторной функции. Однако в СВК, по сравнению ОАК, отмечаются сдвиги

показателей в сторону нижних границ нормы, в то время как в ОАК отмечен подъем до уровня верхних границ, что указывает на хорошие компенсаторные возможности легких и других буферных систем по поддержанию стабильного КОС крови, несмотря на функциональное снижение возможностей почек как буферного органа. Анализ показателей СВК и ОАК и влияния легких на процессы регуляции КОС по AB разнице показал, что во всех трех группах показатели pH, BE, AB достоверно статистически увеличены на 60,0% ($p < 0,05$) и 20,8%, ($p < 0,001$) соответственно в 1-й стадии; на 50,0% ($p < 0,05$) и 12,3% ($p < 0,05$) – во 2-й группе. При этом показатели PaCO_2 по А-В разнице достоверно снижаются на 22,7% и 26,3% ($p < 0,001$) – соответственно в 1 и 2 стадиях, а PaO_2 имеет тенденцию к незначительному компенсаторному увеличению, при том, что SatO_2 во всех бассейнах крови хотя и в пределах нормы, но достоверно повышается в оттекающей от легких артериальной крови. Осмолярность крови в СВК при 1-й и 2-й стадиях в норме.

Заключение. У детей с уролитиазом, осложненным ХБП, в зависимости от стадии отмечается мозаичность показателей электролитов и КОС. Степень нарушения функции лёгких по регуляции водно-электролитного обмена можно использовать для ранней диагностики интерстициального отека легких по А-В разнице натрия в плазме крови. Снижение концентрации натрия в ОАК, по сравнению с СВК, указывает на интерстициальный отёк легких, который в этих стадиях еще не диагностируется рентгенологически и клинически.

^{1,2}Икромов Т.Ш., ^{2,3}Мурадов А.М., ²Абдулалиев А.,
^{2,3}Мурадов А.А., ²Саломов А.К.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК I-II СТАДИЙ

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ
²ГОУ ИПОвСЗ РТ
³ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Изучить детоксикационную функцию легких у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты обследования и лечения 132 детей в возрасте от 3 до 18 лет с уролитиазом, осложненным ХБП I-II стадий.

Мальчиков было 98 (74,2%), девочек – 34 (25,8%). Из 132 больных I стадия отмечалась у 73 (55,3%), II стадия – у 59 (44,7%). У всех больных имелся хронический калькулезный пиелонефрит: I стадия – у 31 (23,5%), II стадия – у 57 (43,2%) и III стадия – у 44 (33,3%).

В зависимости от состояния метаболических функций легких и их влияния на регуляцию водно-электролитного обмена и КОС все пациенты разделены на две группы.

Производили одновременный забор притекающей к легким крови из правого желудочка сердца путем его катетеризации через подключичную вены - смешанная венозная кровь (СВК), а также оттекающая от легких артериальная кровь (ОАК) – путем катетеризации бедренной, локтевой или лучевой артерий. Нами изучены маркеры СЭИ по показателям СВК и ОАК в зависимости от основного заболевания и его осложнений, стадии ХБП. Для оценки степени токсичности крови оценивали содержание мочевины - уреазным методом, креатинина - методом Яффе, пептидов средних молекулярных масс (МСМ) с помощью спектрофотометрии, токсичность крови - методом параметрий, некротические тела сыворотки крови (НТ) - флуоресцентным способом, ЦИК - методом ПЭГ-теста (Гриневич Ю.А., 1988). Содержание малонового диальдегида (МДА) определяли по Владимирову Ю.А и Арчакову А.И (1972), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) рассчитывали по Кальф-Калифу Я.Я. в модификации Рейса А.И. (1983). Общий белок определяли биуретовым методом с реактивом Неслера.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования детоксикационной функции легких (ДФЛ) у детей с уролитиазом, осложненным ХБП I ст. (СКФ ≥ 90 мл/мин) – n=73 и 2 ст. – n=59 (СКФ $< 89-60$ мл/

мин), показали, что содержание мочевины и креатинина в ОАК, по сравнению с СВК, имело тенденцию к снижению на 3,4% и достоверное снижение на 13,6% ($p < 0,05$) соответственно 1-й и 2-й стадиям ХБП. Креатинин у больных с ХБП I–II ст. достоверно снижен в ОАК, по сравнению с СВК, на 18,1% и 11,4% соответственно ($p < 0,05$).

Величина оптической плотности при $\lambda = 254$ нм и $\lambda = 280$ нм в нашем исследовании показали, что у больных 1 - 2 групп в СВК и ОАК показатели МСМ увеличены, по сравнению со здоровыми детьми, и во 2 группе отмечается их увеличение, по сравнению с 1 группой. При этом выявлено статистически недостоверное снижение МСМ на 5,3% и 6,8% при $\lambda = 254$ и на 6,8% и 4,4% при $\lambda = 280$ нм в ОАК, по сравнению СВК. По маркерам олигопептидов высокой массы - НТ, ЦИК и интегральным показателям ЛИИ и ИИИ выявлено, что их содержание повышено в обеих группах в СВК и ОАК. В правом желудочке сердца эти показатели значительно выше, а в артериальной крови - достоверно статистически снижаются: НТ на 31,1% ($p < 0,001$) и 26,1% ($p < 0,05$), ЦИК на 10,1% ($p < 0,05$) и 11,7% ($p < 0,01$) соответственно в 1 и 2 группах. А-В разница по показателям ЛИИ и ИИИ также достоверно снизилась на 16,7% и 14,3% ($p < 0,05$), 13,6% и 9,6% ($p < 0,05$) соответственно по группам.

Заключение. У больных с уролитиазом, осложненным ХБП I–II стадий, в СВК выявлено повышение маркеров интоксикации по МСМ и олигопептидам высокой массы, вызванное основной патологией и ее осложнениями, при этом в СВК правого желудочка они значительно выше, но легкие выполняют детоксикационную функцию, в связи с чем в оттекающей от легких артериальной крови этих продуктов токсичности становится значительно меньше.

Икромова Г.Д., Султонова А.А.

ЧАСТОТА САГИТТАЛЬНЫХ И ВЕРТИКАЛЬНЫХ ФОРМ НАРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Кафедра ортопедической и терапевтической стоматологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Стоматологическая клиника «ИГНЭС», г. Худжанд

Цель исследования. Определение частоты сагиттальных и вертикальных аномалий окклюзии у ортодонтических пациентов, получивших аппаратное лечение.

Материал и методы исследования. Были обследованы 267 ортодонтических пациентов в возрасте от 7 до 27 лет с различными формами аномалий отдельных зубов, зубного ряда и прикуса, получившие ортодонтическое лечение в стоматологической клинике «ИГНЭС» и Городском центре здоровья №4 г. Худжанда с октября 2017 по ноябрь 2019 года. Из них 178 (66,2%) составляли пациенты женского пола, 89 (33,3%) – мужского.

Всем пациентам ортодонтическое лечение проводилось с помощью съемных пластинок, трейнеров, брекет-систем и несъемных небных расширителей.

Методами исследования являлись общепринятые клинические методы исследова-

ния, фотометрия, измерение диагностических моделей челюстей, рентгенологический метод исследования.

При клиническом методе исследования оценивали общее состояние пациента, его конституцию, рост, осанку, изучали форму лица в фас и профиль, его пропорциональность и особенности. Для определения положения нижней челюсти были проведены клинические функциональные пробы Эшлера-Битнера и Ильиной-Маркосяна. Также пациентам исследовали функции зубочелюстной системы: глотание, дыхание, жевание, речь. Для диагностики аномалий прикуса была применена классификация Энгля.

Результаты и их обсуждение. По результатам изучения карт пациентов была предложена следующая взаимосвязь вертикальных аномалий прикуса и аномалий прикуса по сагиттали и нейтральным прикусом (табл.).

Показатели	Класс I	Класс II (1-й подкласс)	Класс II (2-й подкласс)	Класс III	Количество обследованных
Нормальное перекрытие	37	26	9	23	95
Вертикальная резцовая дизокклюзия	2	15	2	4	23
Глубокая резцовая дизокклюзия	26	56	50	17	149
Всего:	65	97	61	44	267

Из общего числа пациентов, принимавших ортодонтическое лечение в данный период, 202 (75,6%) составляли пациенты с сагиттальными аномалиями прикуса. У 65 (24%) пациентов встречались аномалии зубов, зубных рядов, окклюзии при нейтральном соотношении первых моляров по Энгля (класс I).

Среди 202 ортодонтических пациентов с аномалиями прикуса в сагиттальной плоскости дистальная окклюзия встречалась в 158 (59%), мезиальная - в 44 (16%) случаях.

Аномалию прикуса у пациентов по Энгля класс II (2-й подкласс) диагностировали у 97 пациентов. Дистальная окклюзия с ретрузией фронтальных зубов класс II (2-й подкласс) была выявлена в 61 случае. Основываясь на проделанной клинической работе, на наш взгляд, целесообразно выделение различных форм дистального прикуса, так как последние, как правило, имеют различную этиологию и патогенез, различные клинические признаки, требуют дифференциального ортодонтического подхода.

Заключение. Таким образом, среди пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью, значительное место занимают аномалии окклюзии в сагиттальной плоскости, наличие глубокого резцового перекрытия и вертикальной резцовой дизокклюзии, что указывает на необходимость введения в план ортодонтического лечения техникой прямой дуги специальных методик (окклюзионных накладок, вертикальных тяг, сегментарных дуг, минивинтов).

Полученные данные свидетельствуют об актуальности всестороннего изучения различных аспектов профилактики, диагностики и лечения дистальной окклюзии, как самостоятельной нозологической формы, учитывая ее высокую распространенность. С научной и практической точек зрения необходимо подчеркнуть целесообразность выработки комплексного подхода при ортодонтическом лечении различных форм дистального прикуса, учитывая этиологию, патогенетические механизмы и возраст пациента.

¹Искандаров А.И., ¹Ядгарова Ш.Ш., ²Искандарова М.А., ³Назирова С.Н.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

¹Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской экспертизы МЗ Республики Узбекистан

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

³Кафедра судебной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Разработать научно-обоснованные критерии посмертной дифференциальной диагностики и танатогенеза различных форм алкогольной интоксикации.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 22 архивных заключения судебно-медицинских экспертиз.

Результаты и их обсуждение. По данным ретроспективного анализа экспертных заключений, нами установлено, что диагноз «хроническая алкогольная интоксикация», как причина смерти, редко ставится практичными экспертами, чаще она обозначается, как сопутствующий или фоновый фактор с последующим перечислением органной патологии, хотя истинной причиной смерти

может быть хроническая алкогольная интоксикация, а возникшая патология органа лишь следствие.

По результатам анализа судебно-медицинских диагнозов и выводов по заключениям экспертов мы пытались установить наиболее часто поражаемые органы и тип танатогенеза: сердечный, легочный, мозговой, смешанный. Дополнительно были выделены печёночный, почечный для удобства учёта органной патологии.

Заключение. Для хронической алкогольной интоксикации характерным является сердечный тип танатогенеза с поражением сердца в виде алкогольной кардиомиопатии, осложняющейся сердечной недостаточностью и аритмией.

Исмоилов А.А., Зарипов А.Р., Шарипов Х.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИКАНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗУБОВ, СЛУЖАЩИХ ОПОРАМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Кафедра хирургической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Оценить эффективность эндодонтического лечения зубов, служащих опорами супраконструкционных элементов.

Материал и методы исследования. Объектами клинического исследования явились пациенты, которым требовалось ортопедическое стоматологическое лечение несъемными протезами с диагнозом «частичное отсутствие зубов». Среди ортопедических пациентов успешное лечение эндодонтических осложнений в виде пульпита и периодонтита осуществлено только после точной диагно-

стики. При диагностировании заболеваний пульпы и периодонта были использованы различные методы исследования.

На первом этапе исследования было изучено состояние стоматологического статуса у 98 пациентов с пульпитами и периодонтитами (соответственно 52 и 46 зубов) различных функционально-ориентированных групп зубов. Среди обследованных были 54 мужчины и 44 женщины в возрасте от 18 до 55 лет. При обращении больных определяли причину обращаемости пациента за медицинской помощью. В указанном аспекте основное

внимание уделяли осложненным формам кариеса зубов в стадии ремиссии (пульпит, периодонтит), как причине обращаемости пациентов за ортопедической стоматологической помощью.

У 60 человек (34 мужчин и 26 женщин) нами выполнено эндодонтическое лечение зубов по поводу различных форм пульпита. Эндодонтическое лечение при пульпите выполнено на 25 однокорневых, 26 двухкорневых и 9 трехкорневых зубах. У 38 человек (15 мужчин и 23 женщин) выполнено эндодонтическое лечение по поводу острого и хронического фиброзного периодонтита. Эндодонтическое лечение при данных формах периодонтита выполнено на 13 однокорневых, 14 двухкорневых зуба, а также 11 трехкорневым зубе. После эндодонтического лечения зубов с использованием современных протоколов лечения все леченые зубы, без исключения, в дальнейшем служили опорами несъемной ортопедической конструкции.

Результаты и их обсуждение. Через 12 месяцев оценка эффективности эндодонтического лечения пульпита одно-, двух- и трехкорневых зубов, расположенных под супраконструкционными элементами, показала, что отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии (то есть эндодонтическое лечение было эффективным) отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах, соответственно в 98,8%, 90,5% и 85,7% случаев. Следовательно, процентное значение показателя неэффективности ранее леченых опорных зубов составило соответственно 1,2%, 9,5% и 14,3%.

Как показывает проведенный нами анализ, эндодонтическое лечение опорных зубов было неэффективным из-за наличия клинических признаков «остаточного» пульпита при отсутствии рентгенологических признаков патологии только при лечении трёхкорневых зубов и, как указано выше, отмечено в 14,3% случаев. У этих пациентов при отсутствии или наличии клинических признаков патологии периодонта в области верхушки корней опорного зуба на рентгено-

граммах определялись очаги «просветления» костной ткани челюсти.

Спустя 2 года и более оценка эффективности эндодонтического лечения пульпита одно-, двух- и трёхкорневых опорных зубов у ранее леченных стоматологических пациентов показала, что отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии (то есть эндолечение было эффективным) отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах соответственно в 96,2%, 88,6% и 83,3% случаев. Среди обследованных лиц неэффективным было лечение пульпита одно-, двух- и трёхкорневых опорных зубов соответственно в 3,8%, 11,4% и 16,7% случаев.

У стоматологических пациентов в отдаленный период наблюдения (2 года и более) оценка эффективности эндодонтического лечения периодонтита одно-, двух- и трёхкорневых зубов, расположенных под несъемными протезами, показала, что отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии (то есть эндолечение было эффективным) отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах соответственно в 87,4%, 73,2% и 65,0% случаев. Неэффективным было эндолечение периодонтита в одно-, двух- и трёхкорневых ранее леченых опорных зубах соответственно в 12,6%, 26,8% и 35,0% случаев. У этих пациентов при отсутствии или наличии клинических признаков патологии периодонта в области верхушки корней зуба определялись на рентгенограммах очаги «просветления» костной ткани челюсти.

Заключение. Совершенствование качества эндодонтической помощи при лечении осложненных форм кариеса зубов, служащих в дальнейшем опорами ортопедической конструкции, является важнейшей задачей деятельности любого стоматологического учреждения, оказывающей прямое влияние на состояния стоматологического аспекта здоровья обслуживаемого пациента. Успешное достижение данной цели обеспечивается системой управления качеством эндодонтической помощи.

Исмоилов М.М., Шаймонов А.Х., Мирзоев Н.М., Зийзода С.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ПЛАЗМОЛИФТИНГА ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучение ближайших результатов применения методики плазмолифтинга в комплексном лечении больных с последствиями ожогов верхней конечности.

Материал и методы исследования. В материал исследования вошли 8 больных с последствиями ожогов верхней конечности и 4 с последствием ожогов нижних конечностей, обратившихся в Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии в период с 2018 по 2020 годы. Возраст больных колебался в пределах от 13 до 26 лет, среднее значение составило $17,5 \pm 1,3$ года. Все больные оперировались первично, аутологичная плазма вводилась на 14 сутки после проведения хирургического вмешательства, сразу после снятия швов. Обкалывание проводилось в пять этапов, с промежутком в неделю. Первично обкалывание производилось вокруг рубца, на втором и дальнейших этапах - в область рубца, а также по периферии. Результаты прослеживались в течение первых двух месяцев. Оценивались степень натяжения рубца, цвет, функциональная и эстетические составляющие в целом.

Кроме того, проводилась ультразвуковая доплерография с целью определения состояния кровоснабжения в поражённой зоне.

Результаты и их обсуждение. У всех, без исключения, больных отмечалось улучшение показателей функционального состояния повреждённой конечности. При этом следует отметить, что наступление положительного эффекта было постепенным и требовало времени. После первого этапа эффект от проведения инъекции был минимальным: отмечалось некоторое покраснение рубцовой ткани, а также незначительное повышение эластичности. Однако от этапа к этапу эффект был более выраженным, и даже заметен визуально.

Измерения дискриминационной чувствительности, температуры в области здоровых тканей, а также по краю и в центре лоскута показали значительное улучшение показателей после введения обогащённой тромбоцитами аутологичной крови пациентов. Если до проведения операции, средние показатели в центре составляли $31,2 \pm 1,9^\circ \text{C}$, то после проведения операции отмечалось улучшение до $35,6 \pm 1,5^\circ \text{C}$.

При проведении ультразвукового дуплексного сканирования сосудов в области поражения отмечено снижение кровотока в подвергнутых влиянию термического агента тканях. Значительно снижен уровень проведения импульса по нервам конечности в ходе проведения электронейромиографии.

Отмечалось улучшение чувствительности в области введения обогащённой тромбоцитами плазмы крови, объяснением чему, возможно, может быть улучшение питания местных нервных элементов, за счёт чего ускоряется прорастание мелких нервных веточек.

В целом, хорошие результаты отмечались в 9 случаях, удовлетворительные - в 3 случаях после применения методики плазмолифтинга.

Заключение. Таким образом, приведённые данные показывают высокую эффективность применения методики плазмолифтинга с введением в область рубца и окружающие ткани обогащённой тромбоцитами плазмы крови. Данная методика может служить как в качестве терапевтического метода, так и в виде дополнительного вспомогательного метода при хирургическом вмешательстве, для профилактики разрастания рубцовой ткани в месте хирургического вмешательства. Массированное снабжение питательными и биологически активными веществами, содержащимися в тромбоцитах, позволяет предотвратить их дефицит и гипоксию, что является благоприятными факторами для развития рубцовой ткани.

Каримов С.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОТЯЖЕННОСТИ ОККЛЮЗИОННЫХ ДЕФЕКТОВ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить степень распространенности и интенсивность окклюзионных дефектов у взрослого населения.

Материал и методы исследования. С целью изучения протяженности дефектов зубных рядов было проведено обследование ортопедического статуса у взрослого населения. Расчет достоверного числа эпидемиологических наблюдений осуществлялся по формуле бесповторной репрезентативной выборки с учетом численности генеральной совокупности, которая составила 1264 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет и старше. По результатам организационного анализа проанализированных карт, стоматологические пациенты были разделены на 3 группы: первую группу составили пациенты с малыми дефектами зубных рядов, где среднее количество отсутствующих зубов зарегистрировано от 1 до 3; во вторую группу отнесли лиц со средними дефектами зубных рядов (отсутствие 4-6 зубов); в третью группу были включены пациенты с большими окклюзионными дефектами (отсутствие более 6 зубов).

Результаты и их обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о том, что у 20-29-летних жителей усредненное значение окклюзионных дефектов с малой и средней протяженности составило соответственно $66,8 \pm 1,94\%$ и $8,5 \pm 0,16\%$. В этой возрастной группе не были обнаружены дефекты зубных рядов большой протяженности.

В возрастной группе 30-39 лет абсолютное значение показателя малой протяженности дефектов зубных рядов составило $48,1 \pm 1,34\%$ при значении $22,0 \pm 0,87\%$ и $7,9 \pm 0,23\%$ соответственно для окклюзионных дефектов со средними и большими протяжениями.

У 40-49-летних пациентов окклюзионные дефекты с малой, средней и большой протяженностью составили соответственно $22,3 \pm 0,98\%$, $39,7 \pm 1,16\%$ и $18,6 \pm 0,37\%$. В возрасте 50-59 лет протяженность распространенности утраченных зубов с малой, средней и большой величиной соответствовала $12,7 \pm 0,25\%$, $44,5 \pm 2,04\%$ и $27,0 \pm 0,35\%$ при соответствующем значении $2,4 \pm 0,11\%$, $50,1 \pm 2,18\%$ и $33,3 \pm 0,82\%$ в возрасте 60 лет и старше.

Представляется также целесообразным проследить динамику изменения структурных показателей интенсивности окклюзионных дефектов разной протяженности среди стоматологических пациентов. Показатель интенсивности дефектов зубных рядов малой

протяженности, в среднем, составил $2,70 \pm 0,3$ единиц на одного пациента в возрасте 20-29 лет. Данный показатель у 30-39-летних пациентов оказался равным $3,40 \pm 0,3$ единиц, а в возрастных группах 40-49, 50-59 и старше 60 лет - $1,82 \pm 0,2$, $1,51 \pm 0,5$ и $0,62 \pm 0,2$ единиц в среднем на одного пациента соответственно. По полученным данным приходится констатировать, что с увеличением возраста пациентов редукция интенсивности окклюзионных дефектов с малой протяженностью составляет $2,08 \pm 0,1$ единиц.

Интенсивность окклюзионных дефектов со средней протяженностью значительно увеличился с возрастом и составляет $0,34 \pm 0,02$ единиц среди 20-29-летних пациентов при среднецифровом значении $1,56 \pm 0,2$ ед., $3,23 \pm 0,5$ ед., $5,03 \pm 0,7$ ед. и $11,1 \pm 1,9$ единиц соответственно в возрастных группах 30-39, 40-49, 50-59 и 60 лет и старше, что свидетельствует об ухудшении показателей своевременной организации санации полости рта и ортопедической реабилитации стоматологических пациентов.

Изучение структуры показателя интенсивности дефектов зубных рядов показало, что у стоматологических пациентов не менее преобладающими являются дефекты с большой протяженностью. В возрасте 30-39 лет они составляют $0,56 \pm 0,1$ единиц ($10,1\%$) на одного пациента, в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет – соответственно $1,51 \pm 0,1$ ед. ($23,0\%$) и $3,18 \pm 0,2$ ед. ($33,5\%$) при значении $8,65 \pm 1,1$ единиц ($38,8\%$) в возрасте 60 лет и старше. В более старших возрастных группах (50-59 и старше 60 лет) при ретроспективном анализе комбинированных карт осмотра полости рта были обнаружены полные окклюзионные дефекты (беззубые челюсти) с соответствующими значениями $0,23 \pm 0,01$ ед. ($2,3\%$) и $1,92 \pm 0,7$ ед. ($8,6\%$).

Заключение. Материалы организационного анализа позволяют существенно повысить эффективность зубного протезирования, осуществляемого на основе протяженности дефектов зубных рядов. Самое же главное заключается в том, что врачи-ортопеды, изучая клиническую ситуацию дефектов зубного ряда в зависимости от их протяженности, могут обосновать и даже в определенной степени прогнозировать свою работу по применению зубных протезов с разной конструкцией. Данный материал мы взяли за основу для совершенствования ортопедической стоматологической помощи в различных территориально-административных зонах Республики Таджикистан.

Кахарова Р.А., Сироджов Д.Н., Ибрахимов Ю.Х., Хакназаров Х.Ш.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕЩИН ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Кафедра колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Разработка метода консервативной терапии больных с анальной трещиной заднего прохода.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 28 больных. Из них мужчин было 6, женщин - 22 в возрасте от 20 до 73 лет. Средний возраст составил 36,3 года. Продолжительность анамнеза заболевания составляла от 3 месяцев до 10 лет (в среднем 1,7 лет).

Все больные подвергались клиническому и инструментальным методам исследования. Оценка болевых ощущений в процессе лечения проводилась при помощи визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Обследования проводились накануне исследования, через 7 дней после его начала и после эпителизации трещины.

Результаты и их обсуждение. У больных производится забор крови из вены в специальную пробирку, затем на центрифуге ее

разделяли на компоненты. Использование собственной плазмы, богатой тромбоцитами, исключает развитие аллергических реакций и других ответов иммунной системы. Под местной анестезией проводились инъекции плазмы под анальную трещину. Болевой синдром и выделение крови из заднего прохода полностью исчезли у 23 больных. 5 пациентов оперированы вследствие неэффективности терапии (несмотря на уменьшение болевого синдрома у пациентов не отмечено эпителизации трещины).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о сравнительно высокой эффективности плазмотерапии при консервативном лечении хронических анальных трещин. Во всех наблюдениях применение аутоплазмы позволяет уменьшить степень выраженности болевого синдрома и у большинства больных добиться эпителизации трещины.

Кахарова Р.А., Сироджов Д.Н., Ибрахимов Ю.Х., Рабиев А.Х.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ С РЕКТОВАГИНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

Кафедра колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения недостаточности анального жома у женщин с ректовагинальными свищами.

Материал и методы исследования. За последние 10 лет в Городском хозрасчетном центре колопроктологии оперировано 49 больных, которым была выполнена ликвидация ректо-вагинального свища с восстановлением целостности сфинктера. Подавляющее число больных (84,2%) были в возрасте от 20 до 40 лет. Длительность заболевания у большинства составила от 1

до 3 лет, 13 (14,1%) женщин были ранее безуспешно прооперированы, причем неоднократно. У 10 больных определена анальная недостаточность I степени, у 22 – II степень и у 17 – III степень.

Результаты и их обсуждение. Оптимальным сроком для проведения оперативного лечения считаем 3-6 месяцев после возникновения заболевания. В более ранние сроки возрастает риск воспалительных осложнений в ране, а в срок более 6-8 месяцев в тканях промежности возникают глубокие склеротические изменения, что может сказаться

на функциональных послеоперационных результатах.

У 27 (55,1%) больных выполнено иссечение свища в комбинации с передней сфинктеропластикой. Показанием к операции явилось расположение внутреннего свищевого отверстия на передней стенке анального канала и недостаточность сфинктера II-III степеней, вызванная рубцовым поражением сфинктера и расхождением передней порции леваторов.

В тех случаях, когда у больных имела инконтиненция I-II степеней, вызванная диастазом леваторов, а рубцовое поражение сфинктера было незначительным, выполняли иссечение свища с передней леваторопластикой. Выполнено 18 (36,7%) операций.

4 (8,2%) женщинам было произведено рассечение и иссечение свища со сфинкте-

роплатикой. Показанием к этой операции было наличие внутреннего отверстия не выше 3 см от края заднего прохода и рубцовое замещение сфинктера протяженностью до $\frac{1}{4}$ его окружности при клинической картине недержания II степени.

Анализ отдаленных результатов в сроки от 1 до 5 лет у 31 больного показал, что рецидив ректо-вагинального свища возник у 1 больной, причиной явились гнойно-воспалительные послеоперационные осложнения. Была выполнена ликвидация свища с благоприятным исходом.

Заключение. Таким образом, у подавляющего большинства больных с травматическими ректо-вагинальными свищами, сопровождающимися инконтиненцией, имеются анатомические предпосылки для выполнения одномоментных операций.

Кодири Т.Р., Камолов А.И., Ахмедов Ф.И.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Согдийская ОКБ

Цель исследования. Определить диагностическую ценность разных лучевых методов исследования в диагностике серозного и гнойного пиелонефритов.

Материал и методы исследований. Мы наблюдали 86 больных острым пиелонефритом (первичным - 52, калькулезным - 34 больных). Мужчин было 41, женщин - 45. У всех больных диагноз острого пиелонефрита установлен при поступлении. В течение первых суток гнойный пиелонефрит (апостематозный пиелонефрит, карбункул и абсцесс почки) диагностирован у 24 больных, переход острого серозного в гнойные формы пиелонефрита установлен на 1-2 дни заболевания. У остальных был серозный пиелонефрит (62 больных). При гнойных формах пиелонефрита базовые операции сопровождались дренированием почки внутренним стентом у 22 человек, нефрэктомия произведена 4 больным. У 20% пациентов с серозным пиелонефритом лечение дополнялось оперативным вмешательством (декапсуляцией почки и/или внутренним стентированием).

В 4 случаях верифицированного карбункула почки нам удалось ликвидировать гнойный процесс консервативно (по методике, разработанной в клинике), без оперативного вмешательства. Обязательными методами обследования были соответствующие лабораторные анализы, УЗИ почек. По показаниям проводили обзорную (8) и экскреторную урографию (8), МРТ (58). МРТ выполнялось на аппарате Siemens Symphony 1.5 тесла.

Результаты и их обсуждение. Если при ультразвуковом исследовании имеется подозрение на гнойный пиелонефрит, в последние годы проводят компьютерную томографию с контрастированием, которая позволяет получить информацию о состоянии почечной паренхимы и степени нарушения функции почки (2). У 16 больных ультразвуковое сканирование выявило признаки острого гнойного пиелонефрита, в том числе у 10 - карбункула и апостематозного пиелонефрита. Было обнаружено увеличение размеров почки, ограничение её подвижности, наличие гипоехогенных очагов в паренхиме,

пиелюэктазия. У 15 человек при УЗИ признаков патологических изменений не выявлено - при проявлении острого интерстициально-го пиелонефрита у 6 и при апостематозном нефрите - у 9. У 14 больных клиническая картина и данные УЗИ служили показанием к экстренной операции. Рентгенологические исследования лишь в трети случаев выявили показания к вмешательствам. У остальных в рентгенологической картине изменения не обнаружены. Компьютерная томография без контрастирования выявила наличие патологических изменений только у 8 больных в виде увеличения размеров почки и гиподенсивных очагов в паренхиме. При МРТ с контрастированием у 73 из 78 обследованных обнаружены изменения в артериальной фазе - отек паренхимы почки и паранефральной клетчатки с патологическим выпотом, размытость кортико-медуллярной границы, гиперинтенсивные очаги на DWI (диффузии) импульсной последовательности, наличие очагов без контраста на фоне диффузного накопления контрастного вещества паренхимой почки на T1 импульсной последовательности в артериальной, портальной и отсроченной фазах контрастирования. Данные очаги были с нечеткими и неровными контурами, склонные к слиянию с участками распада (некротической ткани) паренхимы почки, при паренхиматозной фазе (портальная) характеризовались более отчетливо. В отсроченной фазе выявлялись участки задержки контрастного вещества в парен-

химе почки, также задержка или отсутствие контрастирования ЧЛС, то есть нарушение выделительной концентрационной функции почек. В 7 случаях при нарушении функции почки, задержке контрастирования паренхимы почки визуализация патологических очагов отсутствовала. Диагноз интерстициальный острый пиелонефрит выставлен 48 больным, апостематозный нефрит - 5, карбункул почки - 20 и абсцесс почки - 2. Оперативные вмешательства выполнены 12 больным по показаниям, которые подтвердили диагноз, выставленный при МРТ.

Заключение. Первым методом обследования при подозрении на острый пиелонефрит должно быть УЗИ почек, которое позволяет заподозрить наличие участков деструкции в паренхиме. Обзорная и экскреторная урографии при гнойном пиелонефрите малоинформативны. КТ почек без контрастного усиления не дает достоверных данных о наличии гнойно-деструктивного изменений паренхимы почки. При малейшем подозрении на развитие гнойных участков следует экстренно проводить МРТ с введением контрастного вещества и многофазным исследованием. Только при сочетании особого режима DWI (диффузии) и болюсного многофазового введения контрастного вещества в полной мере отображаются все патологические изменения. Этот метод является высокоспецифичным и информативным для диагностики гнойной стадии заболевания.

Кодири Т.Р., Пулотов М.Х.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ФУРНЬЕ

Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
СОКБ

Цель исследования. Усовершенствовать метод оказания хирургической помощи при болезни Фурнье.

Материал и методы исследования. За последние 6 лет в базовом отделении андрологии СОКБ находились 12 пациентов с болезнью Фурнье.

Больным проводилась неотложная интенсивная терапия, оперативные вмешательства в виде радикальной хирургической обработ-

ки гнойных очагов, этапные некрэктомии, операции по закрытию ран.

Результаты и их обсуждение. Оперативное вмешательство по поводу болезни Фурнье нами выполнялось безотлагательно. Производилось полное иссечение всех участков некроза в пределах здоровых тканей, таким образом устраняя источник эндотоксикоза. В прежние годы производилось рассечение посредством нескольких лампасных

разрезов кожи мошонки. Мы при гангрене Фурнье производили широкое раскрытие очага некроза с максимально допустимой некрэтомией и с последующей обработкой раствором перекиси водорода. Рана хорошо промывалась раствором хлоргексидина и дренировалась. Хирургическую обработку заканчивали хорошим гемостазом. Проводилась интенсивная антибактериальная терапия под контролем чувствительности и резистентности возбудителей инфекции, иммунокоррекция, инфузионно-трансфузионная терапия, лазеротерапия. Ежедневно рана осматривалась, перевязывалась и контролировалось появление новых участков некротических изменений, и в последующие

дни проводились программные хирургические обработки (иссечение некротических тканей). Умерло 2 больных. Благополучных исходов - 10. Им в последующем проводились реконструктивно-пластические операции.

Заключение. Своевременная диагностика и госпитализация с применением принципов «агрессивной» хирургии, современная терапевтическая тактика с самого начала заболевания дают положительные результаты. Поздняя госпитализация, неадекватная диагностика, неадекватное и неполное удаление участков некроза приводят к распространению гнойно-некротического процесса на смежные области, что осложняет течение заболевания и удлиняет срок лечения.

Комилов Д.К., Ходжаев И., Бободжонов Н.Н., Пулотов О.Н.

ВРЕМЕННАЯ ЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНИВШИМСЯ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ

Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Согдийской области им. профессора А. Орифова

Цель исследования. Определить показания, сроки и доступ к проведению временной трансвенозной электрокардиостимуляции у больных острым инфарктом миокарда, осложненным атриовентрикулярной блокадой III степени.

Материал и методы исследования. В центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Согдийской области в 2021 году 12 больным, госпитализированным в отделение неотложной кардиологии с диагнозом «острый инфаркт миокарда (ОИМ), осложнённый атриовентрикулярной (АВ) блокадой II - III степеней» проведена временная трансвенозная электрокардиостимуляция (ВТЭ). Имплантацию временного ЭКС всем больным выполняли по методике пункции внутренней яремной вены в горизонтальном положении с опущенным на 30° головным сегментом кровати (позиция Тренделенбурга) с соблюдением всех правил асептики и антисептики в условиях отделения интенсивной терапии и кардиореанимации. Для проведения временной ЭКС яремным доступом, после обработки операционного поля асептическим раствором выполнена пункция

яремной вены и установка интродьюсера 5Fr. Через интродьюсер устанавливался эндокардиальный электрод 4 Fr в полость правого желудочка под контролем эхокардиографии и последующим соединением с наружным ЭКС. Время имплантации временного ЭКС от 25 до 55 (в среднем $40 \pm 2,4$) минут. Средний возраст пациентов составил $59 \pm 5,8$ лет, из них 75% (9 больных) мужчины и 25% (3 больных) женщины.

Результаты и их обсуждение. Среди больных с ОИМ, осложненным АВ блокадой II-III степеней, у 10 (83%) был обнаружен ОИМ задней стенки, у 2 больных (17%) - переднезадней локализации. У 11 (92%) больных с АВ блокадой отмечались синкопальные приступы Морганьи-Адамса-Стокса (МАС).

С учетом общепринятых показаний всем больным проводилась ВТЭ из верхушки правого желудочка в режиме VVI. Оптимальная частота искусственного ритма сердца разных больных составила от 60 до 90 ударов в минуту. Продолжительность временной ЭКС колебалась от нескольких часов до 6 суток ($4,8 \pm 1,7$ суток). На фоне проводимой временной ЭКС ежедневно следили за состоянием

АВ проведения (за период наблюдения нарушений не наблюдалось ни у одного больного), и, независимо от продолжительности ЭКС, больные находились в палате интенсивной терапии и реанимации. Первичная чрескожная коронарная баллонная дилатация и стентирование инфаркт-зависимой артерии (ИЗА) в первые 6 часов госпитализации выполнены 8 (67%) больным, 4 (33%) проведена тромболитическая терапия (ТЛТ).

Заключение. Острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка в большинстве случаев осложняется АВ блокадой II-III

степеней, по сравнению с передней стенкой. Абсолютным показанием к проведению временной трансвенозной электрокардиостимуляции являются синкопальные приступы МАС и дистального типа АВ блокада II-III степеней. Оптимальным сроком инвазивного вмешательства ВТЭ являются первые 6 часов госпитализации больных в отделение реанимации. Доступ к установке ВТЭ через внутреннюю яремную вену, по сравнению с другими доступами, имеет меньший риск развития пневмоторакса и дислокации электрода.

²Комилов Д.К., ²Ходжаев И., ²Бободжонов Н.Н., ¹Рахимова М.Г.

БЫСТРАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА, ЛЕГКИХ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

¹Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Согдийской области им. профессора А. Орифова

Цель исследования. Определить возможности эхокардиографии (ЭхоКГ) в экстренной диагностике тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы исследования. С сентября 2020 г. по март 2021 г. ультразвуковое трансторакальное исследование выполнено 23 пациентам, поступившим по неотложным показаниям в отделение кардиореанимации ЦКиССХ Согдийской области с легочной гипертензией и подозрением на ТЭЛА. Средний возраст пациентов составил $49 \pm 5,8$ лет, из них 39% (9 больных) составили мужчины и 61% (14 больных) - женщины.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Mindray M7 производства Китай. Протокол исследования включал измерение правого желудочка (ПЖ), правого предсердия (ПП), нижней полой вены (НПВ), выявление признаков перегрузки, оценку систолической функции ПЖ, недостаточность трикуспидального клапана (ТК) и определение систолического давления в легочной артерии (ЛА).

Результаты и их обсуждение. Все пациенты при поступлении отмечали жалобы на одышку, вплоть до удушья, тахипноэ, боль в груди, у шестерых больных имелась потеря сознания. Насыщение кислорода в крови при

поступлении SpO_2 составило 70–80% в покое, также у всех больных. При осмотре видимые слизистые цианотичные, шейные вены набухшие. У 17 (73,9%) пациентов отмечались отеки одной нижней конечности. Из анамнеза 8 (34,7%) ранее перенесли атипичную форму пневмонии. Частота дыхания 28–34 раза в минуту. ЧСС 118–134 (сред. ЧСС 126) ударов в минуту. Систолическое АД 80–120 мм рт.ст. (сред. 96,6). У всех пациентов наблюдались III–IV функциональные классы сердечной недостаточности (СН) (по классификации NYHA).

У всех больных с подозрением на ТЭЛА наблюдалось увеличение полости правого желудочка в диастолу и правого предсердия $35,0 \pm 4,3$ см и $46,3 \pm 4,3$ мм соответственно, расширение ствола легочной артерии $29,0 \pm 2,1$ мм, признаки перегрузки правого желудочка разной степени выраженности, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки (МЖП), гиперкинетичное сокращение верхушки ПЖ (признак МакКоннелла), регургитация на ТК 2–3-й степени, повышение давление в ЛА. Расчетное среднее давление в легочной артерии составило $66,6 \pm 2,5$ мм рт.ст., ФВ ЛЖ $56\% \pm 3,5\%$. Повышение уровня D-димера в крови максимально 7204 нг/мл, минимально 5678 нг/мл, среднее 6554 нг/мл.

Время от первых клинических симптомов до оказания специализированной лечебной помощи составило $9 \pm 2,5$ дня. У 73,9% (17) пациентов был верифицирован источник тромба из венозной системы нижних конечностей.

Всем госпитализированным пациентам после обследования была проведена анти-тромботическая терапия раствором гепарина в начальной дозе 10000 ЕД внутривенно струйно с последующим непрерывным введением гепарина из расчета 1000 ЕД/час в течение 72 часов под контролем анализа крови на активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) и прием нового орального антикоагулянта (НОАК) ривароксабан 15 мг 2 раза в сутки под контролем международного нормализованного отношения (МНО).

По результатам лечения, в период госпитализации летальность составила 4,3%. У всех выживших пациентов отмечалась положительная клиническая симптоматика,

уменьшение одышки, отсутствие болей в грудной клетке, снижение ЧСС и повышение насыщения кислорода в крови при покое SpO_2 90%–94%. Среднее пребывание больных составило 14,6 койко-дней.

При выписки пациентам проведена контрольная ЭхоКГ: размер ПЖ в диастолу $31,7 \pm 1,7$ см, среднее давление в ЛА $44 \pm 4,5$ мм рт. Ст., регургитация на ТК 1–2-й степени и размер ствола ЛА $26,5 \pm 0,9$ мм.

Заключение. ЭхоКГ – доступный и безопасный метод исследования, являющийся наиболее информативным неинвазивным методом диагностики легочной гипертензии при ТЭЛА. Тройное сканирование даёт возможность оценить структурно-функциональное состояние ПП, ПЖ, НПВ и рассчитать давление в легочной артерии. Эти показатели можно использовать не только в качестве диагностических критериев, но в качестве критериев прогноза и эффективности лечения при ТЭЛА.

Косимов З.К., Исмоилова М.Ш., Халифаев У.Р., Хамидов Д.Б.

БЕЛКИ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Цель исследования. Изучение состояния белков острой фазы воспаления у больных с острым разлитым перитонитом.

Материал и методы исследования. Обследовано 86 больных в возрасте от 18 до 86 лет с острым разлитым перитонитом различной этиологии, лечившихся в реанимационном отделении Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе. Из них мужчин было 49 (57,0%), женщин – 37 (43,0%). В реактивной фазе перитонита находились 26 (30,3%), в токсической фазе – 38 (44,2%), в терминальной фазе – 22 (25,5%) больных. Причиной перитонита в 27 (31,4%) случаях явился острый деструктивный аппендицит, в 18 (20,9%) – острый деструктивный холецистит, в 19 (22,1%) – острая кишечная непроходимость и в 22 (25,6%) наблюдениях – прободные язвы желудочно-кишечного тракта.

Белки острой фазы воспаления – С-реактивный белок (мг/мл) и альбумин (г/л) – изучали иммуно-ферментным методом, фибриноген – по Рутбергу (г/л).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что содержание С-реактивного белка у больных в реактивной фазе острого разлитого перитонита при поступлении в отделение реанимации было повышено в 13,5 раз, в токсической фазе – в 27,3 раз и в терминальной фазе – в 39,3 раз, по сравнению с показателем нормы. У больных с острым разлитым перитонитом содержание острофазного белка фибриногена было повышено в реактивной фазе – на 41,8 %, в токсической фазе – на 76,0%, в терминальной фазе снижено на 23,5%.

Содержание альбумина у больных с острым разлитым перитонитом при поступлении в реактивной фазе было снижено на 28,7%, в токсической фазе – на 41,6% и в терминальной фазе – на 48,6% при сравнении с нормой.

Заключение. Таким образом, у больных с острым разлитым перитонитом имеет место изменение содержания белков воспаления в зависимости от фазы течения перитонита.

^{1,2}Курбонов Ш.М., ¹Ахмедова З.Б., ¹Мукарамышоева М.Ш.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВНУТРИБРЮШНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

¹ООО «Медицинский центр Насл»

²Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшить результаты своевременной диагностики и лечения послеоперационных внутрибрюшных кровотечений в акушерстве и гинекологии.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнута медицинская документация 210 пациенток (контрольная группа n=100, основная n=110), которые находились на обследовании и лечении в ГУ ГКБ СМП, ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”» за 2005-2019 года, ранее перенесших акушерские и гинекологические операции, осложнившиеся послеоперационным внутрибрюшным кровотечением (ПВК).

Результаты и их обсуждение. Наиболее частыми симптомами ПВК были: выделение крови по дренажам (70%), бледность кожи (72%). Тахикардия наблюдалась в 83% случаях, снижение АД – в 88%, вздутие живота – 40%. В результате повторных вмешательств было выявлено, что источниками ПВК в 22 наблюдениях являлась рана стенки матки после кесарева сечения, соскальзывание лигатур с маточных артерий – 31, с культи влагалища – 24, с яичниковой артерии – 28 случаев. Обобщенный анализ показал, что имели место нарушения системного и органного кровообращения вследствие акушерско-гинекологических патологий в 124

(59%) случаях, технические и тактические врачебные ошибки – в 45 (21,4%), сочетание причин – в 41 (19,6%). УЗИ 70 пациенток с ПВК выявлено, что диаметр кишки достигал в среднем $35,6 \pm 1,5$ мм, толщина стенки – 3,9 мм, перистальтика кишечника отсутствовала у 47% пациенток, наличие внутрипросветного депонирования жидкости выявлено в 84% случаев. Диагностическую лапароскопию использовали в 41 наблюдении. В 7 наблюдениях кровотечения остановлены во время лапаротомии, в остальных 36 случаях видеолaparоскопия позволила трансформировать диагностическое пособие в лечебное.

Заключение. В случае послеоперационного геморрагического шока II-III степеней в срочном порядке выполняют релапаротомию. При сомнительных признаках ПВК производят измерение внутрибрюшного давления (ВБД) и УЗИ брюшной полости. Наличие ВБД II-III степеней и гемоперитонеума более 500 мл в первые 6 часов являются показаниями к экстренной релапаротомии. При ВБД I степени и гемоперитонеуме менее 500 мл в первые 12 часов и стабильной гемодинамике выполняется лапароскопия. При неэффективности и невозможности лапароскопического гемостаза пациенткам выполняется релапаротомия.

Муллоджанов Г.Э., Олимов А.М.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ МИНЕРАЛИЗАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Кафедра хирургической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Провести ассоциированную оценку исходной величины минерализующей способности ротовой жидкости и интенсивности кариеса зубов у детей с врожденными расщелинами губы и нёба.

Материал и методы исследования. Уровень минерализационного потенциала смешанной слюны оценивали в зависимости от интенсивности поражения отдельных групп зубов. С целью определения реальной значи-

мости этого фактора провели исследования на 76 зубах добровольцев из числа детей с ВРГН с высоким уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости (9), при среднем (12), низком (21) и очень низком (34) уровнях исследуемого показателя.

Высокий уровень минерализационного потенциала ротовой жидкости фиксировался в том случае, если ни один из зубов не был вовлечён в кариозный процесс, то есть такие пациенты считались кариесрезистентными. При среднем уровне минерализационного потенциала смешанной слюны кариозные полости локализовались на молярах и премолярах верхних и нижней челюстей, и такие пациенты считались кариесподверженными средней степени поражения. Низкий уровень кариесподверженности и минерализационного потенциала ротовой жидкости определялся в тех случаях, когда помимо жевательных зубов кариесом поражены резцы верхних челюстей. Очень низкий уровень минерализационного потенциала смешанной слюны с высоким уровнем кариесподверженности считался в том случае, если кариесом были поражены зубы всех функционально-ориентированных групп, включая резцы нижней челюсти.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных детей с высокой минерализационной активности смешанной слюны в возрастной группе 6-7 лет уровень ее колебания варьировал от $0,72 \pm 0,06$ до $1,40 \pm 0,13$ баллов, составляя в среднем $1,12 \pm 0,09$ балл, в возрасте 8-9 лет - от $1,0 \pm 0,08$ до $1,77 \pm 0,18$ баллов, составляя в среднем $1,47 \pm 0,11$ балла, в возрасте 10-11 лет - от $1,75 \pm 0,14$ балла до $2,61 \pm 0,32$ баллов, в среднем $2,08 \pm 0,21$ балла, в возрасте 12-13 лет с вариациями от $2,13 \pm 0,17$ балла до $3,01 \pm 0,46$ баллов при средней величине $2,80 \pm 0,31$ балла. Значение структурно-функциональной резистентности эмали зубов у лиц с ВРГН в возрасте 14-15 лет в среднем составило $2,98 \pm 0,38$ баллов.

При средней активности минерализационного потенциала ротовой жидкости уровень реминерализирующей способности смешанной слюны в возрасте 6-7 лет колебался от $2,41 \pm 0,13$ балла до $3,69 \pm 0,35$ баллов, составляя в среднем $3,10 \pm 0,17$. В возрасте 8-9 лет колебание составило от $3,12 \pm 0,10$ балла до $3,81 \pm 0,39$ баллов, составляя в среднем $3,52 \pm 0,22$ балла, в группах 10-11 и 12-13 лет - соответственно в пределах $3,80 \pm 0,21$ - $4,82 \pm 0,59$ и $4,16 \pm 0,18$ - $5,17 \pm 0,73$ баллов, составляя в среднем $4,35 \pm 0,42$ и $4,88 \pm 0,56$ балла. Усредненное значение минерализационного потенциала смешанной слюны в возрастной

группе 14-15 лет составило $5,18 \pm 0,60$ балла. Полученные цифры свидетельствуют о наличии тенденции к увеличению значения минерализационной способности ротовой жидкости в зависимости от возраста обследованных детей.

Среди обследованных детей с врожденными пороками нами также были обнаружены низкие показатели минерализационного потенциала смешанной слюны. Так, в возрасте 6-7 и 8-9 лет низкий уровень исследуемого показателя составил соответственно $4,55 \pm 0,66$ и $5,33 \pm 0,58$ баллов при его колебаниях от $3,84 \pm 0,41$, $4,80 \pm 0,34$ до $4,80 \pm 0,75$, $5,94 \pm 0,90$ баллов интенсивности окраски. У 10-11-, 12-13- и 14-15-летних детей с ВРГН низкий уровень минерализационного потенциала ротовой жидкости составил соответственно $5,94 \pm 0,68$, $6,82 \pm 0,83$ и $7,11 \pm 0,92$ балльным значениям.

Очень низкий уровень минерализационной способности смешанной слюны характеризует более старшую из представленных возрастных групп. Так, в 10-11, 12-13 и 14-15 лет средний показатель интенсивности окраски эмали зуба составил соответственно $9,00 \pm 0,92$, $9,91 \pm 1,03$ и $10,10 \pm 1,15$ баллов.

На основании балльной оценки исходного состояния минерализационного потенциала смешанной слюны среди обследованного контингента детей с расщелинами верхней губы и нёба можно выделить группы риска для проведения активной профилактики стоматологической заболеваемости. Так, при окраске участка эмали интенсивностью от $1,12 \pm 0,09$ балла до $2,98 \pm 0,38$ баллов со средним значением $2,09 \pm 0,22$ балла обследованных относили к группе с высоким уровнем минерализационного гомеостатического потенциала ротовой жидкости, при окраске протравленного участка эмали с усредненным значением $4,21 \pm 0,39$ балла и вариациями от $3,10 \pm 0,17$ баллов до $5,18 \pm 0,60$ баллов - к группе со средним уровнем реминерализационного потенциала, от $4,55 \pm 0,66$ баллов до $7,11 \pm 0,92$ баллов при среднецифровом значении исследуемого показателя $5,95 \pm 0,71$ балла - к группе низким уровнем минерализационного потенциала смешанной слюны и, наконец, обследованных со средней интенсивностью окрашивания $9,03 \pm 0,93$ балла и вариациями интенсивности окрашивания эмали от $7,69 \pm 0,73$ баллов до $10,10 \pm 1,15$ баллов отнесли к группе с очень низким уровнем гомеостатического потенциала смешанной слюны.

Заключение. Общая характеристика минерализационного потенциала ротовой жидкости в зависимости от интенсивно-

сти кариеса зубов позволяет отметить, что при низком уровне интенсивности кариеса (КПУз+кпз = 1-3) у обследованных лиц значение исследуемого показателя в среднем

составило 21,9%, при среднем уровне интенсивности (КПУз+кпз = 4-7) – 31,0%, при высоком (КПУз+кпз=8 и больше) уровне интенсивности кариеса – 47,1%.

Махмудов Д.Т., Каримов С.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО АНАЛИЗА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРИВЫЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эмоционально-поведенческое состояние пациентов с сочетанной стоматологической патологией в зависимости от уровня их двигательной активности.

Материал и методы исследования. Из общего количества обследованных лиц с сочетанной стоматологической патологией (487 человек) у 341 пациента, имеющих высокий (139 человек) и низкий (202 человек) уровень двигательной активности, изучался уровень эмоционально-поведенческого состояния с помощью специальной анкеты Леонгарда-Шмишека, разработанного с целью определения варианта акцентуации личности, и анкеты В. Стефансона, с помощью которой изучали шесть основных направлений в эмоциональном состоянии анкетированного: зависимость – независимость; коммунибельность – некоммунибельность; участие в «борьбе» – неучастие в «борьбе».

Оценка динамики эмоциональных особенностей у пациентов выполнялась с использованием пробы Айзенка, с помощью которой определяли вариант нейротизма (психотизм, экстраверсия и интраверсия), и пробы Спилбергер-Ханина, с помощью которой оценивали состояние ситуативной и личностной тревожности. Также в исследовании применялась проба «САН», с помощью которой оценивались самочувствие, активность пациента и его настроение.

Результаты и их обсуждение. Результаты нашего исследования позволяют отметить, что наиболее существенные отклонения от среднестатистических данных были выявлены у лиц с низкой и высокой степенью привычной двигательной активности (ПДА). Так, у наблю-

даемых лиц с высокой степенью ПДА при соотношении с группой лиц с низкой двигательной активностью процентные отклонения по эмоционально-поведенческим показателям составили от -33,97% (эмотивное состояние) до +68,09% (гипертимное состояние), а у наблюдаемых лиц с высокой степенью ПДА они составили от -41,85% (дистимичное состояние) до +55,9% (экстравертное состояние).

У наблюдаемых пациентов одного и того же функционального варианта наблюдалась однонаправленная динамика по изучаемым показателям в зависимости от эмоционально-поведенческого состояния организма. Все используемые показатели можно включить в критерии оценки резистентности к кариозному поражению зубов и развитию пародонто-мукологических патологий. Для пациентов с высокой степенью ПДА, вместе с особенностями состояния органов и тканей полости рта, характерным является средняя степень личностной и ситуативной тревоги, повышенные значения экстраверсии, а также склонность к гипертимности, демонстративности, повышенной возбудимости и наличие склонности к таким поведенческим характеристикам, как «принятие борьбы», «независимость» и «коммунибельность».

Согласно полученным нами результатам, пациенты с высокой степенью ПДА были включены в группу лиц, устойчивых к кариозному поражению зубов и развитию пародонтальных, а также мукологических патологий, а лиц с низкой степенью ПДА мы включили в группу лиц, нерезистентных к кариозному поражению зубов и развитию пародонтальных, а также мукологических патологий.

В отличие от устойчивых лиц, у пациентов, предрасположенных к кариозному поражению зубов и развитию пародонто-мукологических патологий, чаще отмечаются повышенные показатели нейротизма, ситуативной и индивидуальной тревоги, а также склонность к циклотимичности и дистимичности, а также наличие склонности к таким поведенческим характеристикам, как «избегание борьбы», «зависимость» и «некоммуникабельность».

Заключение. Комплексный анализ эмоционально-поведенческих особенностей у наблюдаемых пациентов с сочетанной

стоматологической патологией и разным уровнем двигательной активности при одновременном изучении результатов отклонения данных показателей от средне-статистических значений позволяет четко определить индивидуально-типологические особенности кариесоустойчивости и пародонто-мукорезистентности, а изучение состояния органов и тканей полости рта и уровня ПДА у данных лиц позволяет установить определенные критерии оценки резистентности к кариозному поражению зубов и развитию пародонтальных и мукологических патологий.

Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Гиёсов А.Ш., Муродов Х.

НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ОРБИТАЛЬНОЙ КУЛЬТИ ПРИ ЭВИСЦЕРАЦИИ И ЭВИСЦЕРОЭНУКЛЕАЦИИ

Цель исследования. Найти простой и дешевый способ создания опорно-двигательной культи и апробировать его.

Материал и методы исследования. В РЦКО в 2019 году был предложен наиболее простой и дешевый материал трилон 2°. Методом проб и ошибок из различных синтетических шовных материалов и различных диаметров был выбран именно этот материал из-за его упругости способности к скручиванию, биосовместимости и неподверженности резорбции. Шовный материал наматывается на металлический стержень диаметром 0,5 мм в один слой на длину в 5 см. Стержень с обоих концов немного подогревается над пламенем спиртовой горелки до фиксации материала спиралевидной формы. Такая заготовка стерилизуется в парах формалина или в дезинфицирующем растворе. При эвисцерации или эвисцероэнуклеации, после удаления содержимого глазного яблока и гемостаза, сделав разрезы склеры между прямыми мышцами, трилон снимается со стержня, принимая форму пружинки. Соединяя и фиксируя раскаленным пинцетом два конца этой пружины, создаем кольцо диаметром 2,5 см и располагаем его в склеральную полость по горизонтали. Над пружинкой сшиваем лоскуты склеры, теноновую капсулу и конъюнктиву.

Таким образом была сформирована опорно-двигательная культа у 6 пациентов

в возрасте от 40 до 68 лет после проведенной энуклеации по поводу терминальной болящей глаукомы (5 глаз) и одной эвисцероэнуклеации с посттравматическим вялотекущим увеитом.

Результаты и их обсуждение. Временный протез был поставлен через 2-4 дня после операции. В послеоперационном периоде умеренный хемоз наблюдался у двоих пациентов. Он был купирован за несколько дней. Конъюнктивальные швы снимались на 8-10 день после операции. Подвижность культи была сохранена в полном объеме на протяжении всего срока наблюдения (от 1 до 1,5 лет). По данным ультразвуковой биометрии, культа уменьшилась на 1/3 от первоначального объема через 2-2,5 месяца и составила, в среднем, 15,3 мм. Этот хороший показатель сохраняется на протяжении всего срока наблюдения. Постоянное протезирование выполнялось не ранее 1,5 месяцев после операции. Все больные были удовлетворены косметическим эффектом.

В литературе мы нашли работы нескольких авторов, посвященные этой проблеме, которые применяли шовный материал, леску, титановую проволоку, как имплант для опорно-двигательной культи. Но они проводили в склеральный мешок эти материалы в виде комка. Нами же был предложен способ формирования материала, который создает «пружинный эффект» и,

на наш взгляд, более устойчиво сохраняет объем и форму культи.

Заключение. Конечно, небольшой срок наблюдения и количество выполненных операции не дают оснований утверждать, что эта

методика сопоставима с другими эффективными методами создания опорно-двигательной культи. Но то, что она проста в применении и в десятки раз дешевле имплантов, применяемых ранее нами, - это неоспоримый факт.

Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Носиров О.Ш.

БЕСШОВНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ФАКИЧНОЙ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ ПРИ БЛИЗОРУКОСТИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Кафедра глазных болезней ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Разработать методику имплантации коллагеновой отрицательной интраокулярной линзы (ИОЛ) через картридж и туннельный разрез у пациентов с близорукостью высокой степени.

Материал и методы исследования. В РКЦ «Офтальмология» более 20 лет проводится имплантация факичных ИОЛ при близорукости средней и высокой степени. За эти годы выполнено более 1000 таких операций. До 2021 года имплантация факичных ИОЛ в заднюю камеру выполнялась роговичным разрезом в 4,5 мм, что требовало наложения непрерывного шва. Хотя производители сополимерно-коллагеновой интраокулярной линзы РСК-3 производства «НЭП микрохирургии глаза» (Россия) не гарантируют целостности линзы при инъекторной имплантации, нами путем проб и ошибок был подобран оптимальный размер картриджа и туннельного парацентеза, при котором целостность линзы сохранялась.

В РКЦ «Офтальмология» с 2021 года было прооперировано 16 пациентов с миопией средней и высокой степеней методом имплантации отрицательной ИОЛ с помощью инъектора.

Показанием к операции служило желание пациента избавиться от ношения очков, непереносимость контактной коррекции, наличие противопоказаний к кераторефракционным операциям (LASIK, ФРК).

Противопоказанием к операции являлись неполная прозрачность оптических сред, воспалительные заболевания, прогрессирующая миопия, глубина передней камеры менее 3 мм.

Большая часть прооперированных составили женщины - 10 и 6 мужчин в возрасте

от 19 до 31 года со стационарной миопией высокой степени - 15 пациентов и с миопией средней степени - 1 пациент. У четырех больных была анизометропия высокой степени. У одной больной наблюдался хронический кератоконус 3-4 стадий после выполненного кроссликинга с 2-летним наблюдением.

Офтальмологическое обследование включало в себе визометрию, кератометрию, рефрактометрию, ОКТ-роговицы, кератотопографию, тонометрию, офтальмоскопию и АВ-сканирование. Подбор оптической силы факичной линзы РСК-3 осуществлялся путём подбора очковой коррекции по специальной таблице.

Исходная сферическая рефракция находилась в диапазоне от -5,5 до -21,0 Дптр (в среднем -14,75 дптр), астигматизм варьировался от 0,5 до 2,5 Дптр. Острота зрения с максимальной коррекцией до операции составила от 0,2 до 0,8. Значение кератометрии колебалось от 42,4 до 52,3 (у больной кератоконусом). Среднее значение длины глаза -27,6.

Кроме рутинной предоперационной подготовки, с учетом того, что при туннельном разрезе проведение иридэктомии затруднительно, за день или в день операции проводилась лазерная иридэктомия на 12.30 часах. Всем больным за 1-3 дня до этого назначались нестероидные гормоны в каплях 3 раза в день и инстилляцией тимолола после лазерной иридэктомии. Операция проводилась под эпibuльбарной анестезии Sol. Tetracaini 1%. Туннельный разрез выполнялся кератомом на 2,5 мм на 12 часах и 0,5 мм с темпоральной стороны у лимба.

Вводился Sol. Mezatoni 0,1% - 0,1 мл в переднюю камеру и 0,2 мл вязкоэластика.

Заправка картриджа 2,6 мм вискоэластиком, укладка линзы с габаритными размерами 4.0/10.0. и введение в переднюю камеру осуществлялись традиционным способом. Через боковой парацентез тонким шпателем линза заводилась под радужку, а вискоэластик вымывался. Разрез герметизировался при помощи гидратации стромы. После парабульбарной инъекцией Sol. Dexametazoni 0,1% и Sol. Gentamycini 4% операция заканчивалась. Было имплантировано 16 линз с оптической силой от 5.0 до 20.0 Дптр.

Результаты и их обсуждение. Каких-либо трудностей в прохождении линз через картридж в зависимости от оптической силы факичных линз не наблюдалось. Надо отметить, что укладка линзы в картридж имела несколько особенностей. Хотя кажется, что радиус оптической части линзы при её укладке поверхностью к картриджу больше и травматизация линзы должна быть меньше, тем не менее, экспериментально мы обнаружили, что уложенная вогнутой стороной линза к поверхности картриджа легче проходит через него и не даёт трещин на стиге. Также длительное нахождение линзы в картридже может повлиять на её целостность. Поэтому заправку линзы в картридж и введение её в переднюю камеру необходимо осуществлять как можно быстрее. При осмотре на щелевой лампе только у одной линзы обнаружена незначительная трещина на краю оптической части, не влияющая на остроту зрения и све-

торассеивание. Осложнений в операционном периоде не было.

В раннем послеоперационном периоде у двоих первых пациентов наблюдалась гипертензия с незначительным отёком роговицы, которая купировалась в течение нескольких часов гипотензивными препаратами. В последующем у больных вымывание вискоэластика производилось более тщательно и таких осложнений больше не наблюдалось. Острота зрения при выписке 0.2 на следующий день была у 2 больных, 0.3 - у 4 больных, 0.4 - у 3 больных, 0.5 - у 2 больных, 0.6 - у 2 больных, 0.7 - у 2 больных и 0.8 - у 1 больного. Это соответствовало остроте зрения у этих больных с очковой коррекцией до операции. При проверке астигматизма он практически не изменился, по сравнению с дооперационным показателем.

Заключение. Имплантации факичных линз различной диоптрийности возможна через картридж 2.60 мм. Хорошие функциональные результаты, отсутствие осложнений, быстрый реабилитационный период, отсутствие послеоперационного астигматизма и необходимости снятия шва дают значительные преимущества перед традиционной методикой имплантации факичных ИОЛ. Для облегчения проведения операции необходимо предварительно провести лазерную иридэктомию, которая укорачивает время проведения операции и исключает риск появления кровотечения.

¹Мирзоев М.Ш., ²Байриков И.М., ¹Хушвахтов Д.И., ¹Гафаров Х.О.

РЕКОНСТРУКЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ЭНДОПРОТЕЗАМИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ РФ

Цель исследования. Совершенствование хирургического лечения больных с дефектами нижней челюсти за счёт внедрения технологии на основе индивидуально изготовленных эндопротезов из никелида титана.

Материал и методы исследования. В период с 2010 по 2020 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан

в ходе лечения был накоплен определенный опыт в применении эндопротезов, изготовленных из сплава никелида титана. Для устранения различных по объёму и протяжению дефектов нижней челюсти обследовались 57 больных в возрасте от 18 до 67 лет, мужчин было 32, женщин - 25.

Всем больным проведены клинические, микробиологические обследования по стандартной схеме (общий анализ крови, био-

химический анализ крови, коагулограмма, исследование крови на RW, HCV, HbS-антиген, ВИЧ-инфекцию, определение группы крови).

В зависимости от конструкции эндопротезов больные были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 8 (21,6%) человек, которым устранение костного дефекта проводилось с применением индивидуально изготовленных проволоочных конструкцией из сплава никелида титана; вторую группу составили 49 (78,4%) больных, которым устранение дефекта проводилось с применением индивидуально изготовленных литевых конструкций.

Для определения размеров объёма, протяженности дефекта и степени поражения костных структур всем больным проводили цифровую ортопантомографию и мультиспиральную компьютерную томографию, на основе которых изучали плотность костных структур на участке патологического процесса по шкале Хаунсфильда. Проводилось устранение дефектов нижней челюсти с использованием индивидуально изготовленных эндопротезов, состоящих из пористого никелида титана и монолитной части, которые проектировались на данных компьютерной томографии и стереолитографической модели.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от клинической ситуации при-

менялась технология одномоментного эндопротезирования нижней челюсти индивидуальным эндопротезом в сочетании с сетчатым имплантатом из никелида титана для интеграции протеза с мягкими тканями и создания эффекта амортизации на слизистой оболочке полости рта. Все эндопротезы были фиксированы к фрагментам кости фиксаторами с термомеханической памятью формы и костным швом. В послеоперационном периоде у 2-х пациентов, которым были применены проволоочные эндопротезы, отмечено нагноение раны. В одном случае осложнение купировали антибактериальной и противовоспалительной терапией, в другом - осложнение в виде прорезывания проволоочного эндопротеза по операционному рубцу, который в дальнейшем был заменен на литую конструкцию. У всех остальных больных мы наблюдали хороший функционально-эстетический результат.

Заключение. Таким образом, использование эндопротезов из никелида титана для замещения дефектов различных отделов нижней челюсти, изготовленных соответственно анатомическим особенностям пораженного органа, позволяет полноценно восстанавливать утраченные анатомо-функциональные особенности зубочелюстного аппарата у данной категории больных.

¹Мирзоев М.Ш., ¹Хушвахтов Д.Д., ¹Хушвахтов Д.И., ²Акбаров М.М., ¹Сафаров С.А.

РОЛЬ АНТИСЕПТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ПОЛОСТИ РТА

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра стоматологии медицинского института, ТГУ им. Г.Р. Державина

Цель исследования. Оценка влияния антисептиков на клиническое течение раневого процесса и микрофлору ран у больных с гнойно-воспалительными процессами полости рта.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и лечения 80 больных: 57 мужчин (71,2%) и 23 женщин (28,8%), в возрасте от 18 до 50 лет, с гнойно-воспалительными процессами полости рта, за период с 2017-2020 гг., в условиях Городской стоматологической поликлиники г. Душанбе и отделения челюстно-лицевой

хирургии НМЦ РТ «Шифобахш».

По локализации воспалительного процесса больных распределяли таким образом: периоститы челюстей – 35 (43,8%); ретромолярный абсцесс – 25 (31,2%); альвеолиты – 20 (25,0%). Обработку раны после вскрытия гнойного очага проводили 35 больным: с периоститом челюстей – 0,02% раствором декасана (1-я группа), 25 больным с ретромолярным абсцессом – 0,02% раствором хлоргексидина биглюконатом (2-я группа) и 20 больным с альвеолитом – 0,02% раствором фурацилина (3-я группа).

Дренирование ран всем группам производили стерильной сорбционной антимикробной повязкой «ВитаВаллис». В ходе лечения больные получали общую антибактериальную, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую терапию. Течение раневого процесса оценивали по данным клинического и микробиологического исследования.

Бактериологические исследования проводили сразу после вскрытия гнойного очага, кюретаж лунки удалённых зубов - на 3 и 5-е сутки лечения. Материал брали стерильным ватным тампоном из раны и высевали на плотные дифференциально-диагностические среды: желточно-солевой, кровяной агар и среду Эндо. Идентификацию выделенных культур осуществляли общепринятыми методами.

Результаты и их обсуждение. При первичном бактериологическом исследовании микрофлора ран больных была представлена широким спектром условно-патогенных микроорганизмов: гемолитический и золотистый стафилококки, различные виды стрептококков. Выделенные культуры обнаруживались как в монокультуре, так и в ассоциациях (47,8%). Преобладали двухкомпонентные сочетания гемолитического или золотистого стафилококка и α -гемолитического стрептококка (52,2%).

Наиболее часто выделялись представители рода стафилококков (81,0%): золотистые составили 68,0%, гемолитические – 13,0%. Стрептококки составляли 56,9%: α -гемолитический – 47,8%, негемолитический – 9,1%.

Представители грамотрицательных бактерий семейства энтеробактерий обнаружены в 3,7% посевов. Они выделялись в незначительном количестве и в ассоциации другими условно-патогенными микроорганизмами.

При повторном бактериологическом исследовании выраженный лечебный эффект отмечен у больных 1-й и 2-й групп, менее выраженный – у больных 3-й группы. Наиболее высок он оказался при заболеваниях, вызванных стафилококками. Положительная динамика результатов исследования посева, отделяемого из раны, в 1-й группе отмечена у 88%, во 2-й – у 82%, менее выраженная динамика у больных 3-й группы – 32%.

Оценка клинических данных основывалась на самочувствии больных, прекращении болей, уменьшении или исчезновении отека, начале грануляции и заживлении ран, сроках выписки больного.

При обработке ран антисептическими растворами декасаном и хлоргексидином боль и выделение гноя прекращались на 2-3 сутки, грануляционная ткань появлялась на 3-4 сутки, рана очищалась на 4-5 сутки. Больные выписаны на 5-6 сутки.

В случае использования фурацилина боли и отхождение гноя из раны прекращались на 4-5 сутки, грануляция в ране появилась на 5-6 сутки. Очищение ран от детритов происходило на 6-7 сутки. Больные выписаны на 7-9 сутки.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало достаточно высокую результативность обработки гнойной раны 0,02% растворами декасана и хлоргексидина биглюконатом. Положительная динамика посева всей микрофлоры ран при использовании этих препаратов составила соответственно 62,4% и 60,6%. Менее выраженный эффект получен при использовании фурацилина. По-видимому, это связано с высокой резистентностью условно-патогенных микроорганизмов полости рта к данному антисептику.

¹Мирзоев М.Ш., ¹Хушвахтов Д.Д., ²Кенджаева И.О., ¹Хушвахтов Д.И.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ПОЛОСТИ РТА

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра общей микробиологии и иммунологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Микробиологическое изучение гнойно-воспалительных процессов полости рта и оценка эффективности

сорбционного антимикробного перевязочного материала «ВитаВаллис» (VitaVallis) в комплексном лечении данной патологии.

Материал и методы исследования. Работа основана на клиническом и микробиологическом обследовании и лечении 67 больных (35 пациентов (52,2%) основной группы и 32 (47,8%) – контрольной) в возрасте от 18 до 50 лет и старше с гнойно-воспалительными процессами полости рта. Исследования проведены за период с 2018 по 2021 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии НМЦ РТ «Шифобахш» и Городской стоматологической поликлинике г. Душанбе. Среди обследованных основной группы: пациентов мужского пола 22 человека (32,8%), женского – 13 (19,4%); в контрольной группе соответственно – 19 (28,4%) и 13 (19,4%).

Микробиологическое обследование проводилось традиционными способами, при строгом соблюдении правил асептики и антисептики. После вскрытия гнойного очага стерильными ватными тампонами брали материал из полости ран и лунки удаленных зубов с целью идентификации микробных тел, усугубляющих патологический процесс, и разработки адекватных мер по их ликвидации. Гнойную полость обрабатывали антисептическими растворами (3%-ная перекись водорода, «Декасан»), дренирование ран осуществляли сорбционной антимикробной стерильной повязкой «Вита-Валис» (основная группа) и традиционной резиной-перчаточной дренажной системой (контрольная группа).

Результаты и их обсуждение. Результаты изучения качественного и количественного состава микроорганизмов на основании проводимого исследования у 67 больных

(основная группа – 35, контрольная группа – 32) говорят о том, что основными возбудителями гнойно-воспалительных процессов полости рта являются условно-патогенные микроорганизмы: золотистый и гемолитический стафилококк, гемолитический и эпидермальный стрептококк. Выделенные микробы обнаружены как в монокультуре (56,7%), так и в ассоциациях (43,3%). В полости рта наиболее часто выделялись представители рода стафилококков (85,0%): *S. aureus* (41,7%); ассоциации *S. aureus* с *S. haemolyticus* (34,3%). Стрептококки (*Str. haemolyticus*) в монокультуре составляли 15,0%, преобладали сочетания *S. aureus* с *Str. haemolyticus* (9,0%). Необходимо отметить, что золотистые стафилококки преобладали не только среди стафилококков, но и общей структуре выделенных условно-патогенных микроорганизмов.

Закключение. Полученные результаты свидетельствуют о существенной роли грамположительных кокков, особенно стафилококков и стрептококков, в развитии гнойно-воспалительных процессов полости рта и челюстно-лицевой области. Сорбционная антимикробная повязка при воспалительных процессах полости рта позволяет быстрее освободить лимфатическую систему от продуктов распада клеток и тканей, бактериальных токсинов и их продуктов жизнедеятельности. В связи с этим быстрее прекращается экссудация ран и некротических тканей, нормализуется местная гемолимфодинамика, а также снижается или полностью предотвращается интоксикация организма.

Мирзоева Д.С.

COVID-19 И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение и анализ выживаемости и эффективности режимов комплексной терапии у больных РМЖ, заразившихся вирусом Covid-19 в период его пандемии.

Материал и методы исследования. На базе ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ нами проведен проспективный анализ лечения 15 пациентов, страдающих РМЖ, в период с марта по ноябрь 2020 года, которые в процессе лечения

основного заболевания перенесли Covid-19. Все больные находились на определенных этапах лечения и обследования: 1. хирургическое – 1 пациентка (6,7%); 2. химиотерапевтическое – 5 пациенток (33,3%); 3. гормональное – 1 пациентка (6,7%); 4. таргетное – 3 пациентки (20%); 5. паллиативное – 4 пациентки (26,7%); 6. 1 (6,7%) пациентка – в процессе ремиссии, обратившаяся на контрольное обследование.

Возраст пациенток варьировал от 36 до 68 лет. 11 пациенток (73,3%) были городскими, 4 (26,7%) – жительницами села.

Стадии заболевания: T2N1-2M0-1 - у 6 (40%), T3N1-2M0-1 - у 4 (26,7%), T4N1-2M0-1 - у 5 (33,3%), из них у 4 (26,7%) пациенток отдаленные метастазы отмечались в костях скелета, легких, печени и шейных лимфоузлах.

Все пациентки на разных этапах своего лечения обратились с жалобами, не характерными для основного заболевания: лихорадка - 100%, боль в горле и кашель - 40%, затрудненное дыхание - 67%, слабость, быстрая утомляемость - 100%, диарея - 40%, потеря вкуса и обоняния - 93%.

Из анамнеза все пациентки 100% имели контакт с инфицированными людьми.

Результаты и их обсуждение. При такой нетипичной ситуации, требующей пересмотра онкологического лечения наших пациенток, которое, в свою очередь, могло повлиять на их выживаемость с одной стороны, и прямую угрозу их жизни за счет инфицирования Covid-19 - с другой стороны, от нас требовались экстренные меры. В условиях ГУ РОНЦ всем пациенткам было произведено КТ исследование грудной клетки, которое подтвердило наличие поражения легких в виде атипичной пневмонии. Пациентки также были направлены на тестирование на наличие ДНК-вируса. У всех была выявлена инфицированность Covid-19.

В ГУ РОНЦ коллегиально были выделены уровни приоритета лечения онкологического процесса в зависимости от тяжести течения Covid-19. Всем больным было приостановлено любое противоопухолевое лечение.

Рекомендована консультация инфекционистов, при необходимости госпитализация в инфекционный стационар. Из 15 человек 4 (26,7%) были госпитализированы в инфекционный стационар для эффективного лечения вируса, 11 (73,33%) лечение получили амбулаторно. У 1 (6,7%) женщины, находящейся на паллиативном лечении с метастатическим поражением легких, экссудативным плевритом, со стабилизацией процесса в динамике, после инфицирования Covid-19 резко ухудшилось состояние, в связи с чем ей было приостановлено лечение основного заболевания, следствием этого явился летальный исход.

В результате из 15 пациенток у 14 (93%) исход пневмонии оказался благоприятным. Им продолжено лечение основного заболевания.

Заключение. Первые результаты в отношении течения COVID-19 у пациентов с онкопатологией являются вполне обнадеживающими; заражение коронавирусной инфекцией не является сегодня абсолютно фатальной ситуацией для наших пациентов. Однако крайне важно своевременно диагностировать инфицирование SARS-CoV-2, при первых признаках подозрения на COVID-19 остановить любое противоопухолевое лечение, рекомендовать проведение всего спектра диагностических мероприятий, включая ПЦР-тестирование и КТ легких, а при подтверждении заражения и при необходимости – рекомендовать госпитализацию в инфекционный стационар для получения максимально эффективной терапии.

Муллоджанов Г.Э., Ашуrow Г.Г., Юлдошев З.Ш.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАПЕЧАТЫВАНИЯ ФИССУР ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА НАНЕСЕНИЯ ГЕРМЕТИКА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эффективность герметизации фиссур временных и постоянных зубов у 3-5-летних детей в зависимости от способа нанесения герметика.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное обследование 486 детей

ключевых возрастных группах (3, 6, 12, 15 лет). Осмотр полости рта выполнялся с использованием типового набора стоматологических инструментов. При этом исследовалось наличие кариозного поражения зубов, пломбированных зубов, наличие мягкого зубного налета и признаков гингивита.

С целью локальной профилактики заболеваний полости рта было рекомендовано соблюдение мер по улучшению гигиенического состояния ротовой полости, активное пережёвывание твердой пищи, снижение употребления легкоусвояемых углеводов, проведение регулярной профессиональной чистки зубов с удалением налета и отложений на зубах, применение локальной терапии с использованием средств, содержащих кальций, фтор и другие минеральные вещества, а также закрытие имеющихся зубных ямок и щелей. Проведена оценка эффективности герметизации фиссур как временных, так и постоянных зубов у детей 3-5 лет в зависимости от способа нанесения герметика.

Результаты и их обсуждение. Полученные материалы свидетельствуют о том, что за 1 год наблюдений отрицательных результатов обработки фиссур временных моляров герметиком, наносимым с помощью кисточки, не наблюдалось, тогда как в 100% случаев дефекты силанта приходилось на герметик канюльного способа введения. На 2 году исследования $77,3 \pm 6,7\%$ дефектов герметизации временных моляров составлял герметик канюльного способа использования, а $22,7 \pm 5,2\%$ - герметик наносимый с помощью кисточки. На 3 году наблюдения в $76,3 \pm 4,3\%$ случаев дефекты герметизации фиссур временных моляров относились к герметику канюльного способа использования, а в $24,7 \pm 4,3\%$ - к герметику наносимый с помощью кисточки.

На 1 году наблюдения у детей в первых постоянных молярах, как и во временных, все дефекты атравматической герметизации были отмечены в зубах, которые герметизированы канюльным способом нанесения. На 2 году наблюдения из общего количество дефектов герметизации $83,3 \pm 5,2\%$ были выявлены в зубах, которые герметизированы силантом канюльного способа нанесения, и $16,7 \pm 4,2\%$ в зубах, где применяли герметик, наносимый с помощью кисточки. На 3 году наблюдения $87,5 \pm 2,4\%$ дефектов составлял герметик, наносимый канюльным способом и $12,5 \pm 2,2\%$ - герметик, наносимый с помощью кисточки.

Результаты наших исследований показали, что эффективность герметизации фиссур временных моляров верхней челюсти в течение 1 года наблюдений у детей 3-5 лет статистически достоверно не зависит от способа нанесения герметика, хотя при использовании герметика канюльного способа нанесения результаты на 3,9% ниже. Однако

уже со 2 и, тем более, на 3 году наблюдений нами выявлена достоверно более высокая эффективность использования кисточкового герметика во временных молярах верхней челюсти (на 12,9% и 24,4% соответственно).

Такие же результаты получены нами и при анализе эффективности герметизации первых постоянных моляров верхней челюсти у детей в зависимости от способа нанесения герметика. Эффективность использования герметика, наносимого с помощью кисточки, составила 2,7%, 6,5% и 13,2% соответственно на 1, 2 и 3 годах наблюдения.

На основании полученных нами результатов можно сделать заключение о том, что герметик кисточкового нанесения лучше сохраняется как на временных, так и на первых постоянных молярах верхней челюсти. Эту закономерность мы объясняем тем, что нанесение герметика с помощью кисточки способствует более эффективному заполнению всех зон фиссуры, снижает пористость герметика, уменьшает возвратный объём герметика из фиссуры.

При проведении сравнительного анализа по интенсивности кариозного поражения «незапечатанных» и «запечатанных» молярных зубов у детей раннего возраста наилучший профилактический эффект был выявлен при герметизации фиссур временных зубов. Среди детей с проведенной герметизацией фиссур на молярных зубах интенсивность кариеса спустя полгода была в 1,9 раза ниже, чем у детей, не подвергнутых герметизации фиссур ($p < 0,001$). Данные различия также были значительными и спустя 1 год наблюдения - в 1,6 раз. Так, через 12 месяцев после запечатывания фиссур временные моляры оставались интактными в $91,6 \pm 2,3\%$ случаев, без запечатывания - в $57,8 \pm 3,1\%$ ($p < 0,001$). Редукция прироста кариеса спустя 12 месяцев после герметизации фиссур временных моляров составила 79,9%, что указывало на значительную профилактическую эффективность указанного способа у детей раннего возраста.

Заключение. Результаты наших исследований подтверждают высокую кариеспрофилактическую эффективность метода герметизации фиссур временных и первых постоянных моляров у детей. Фотополимерные герметики дольше сохраняются во временных и первых постоянных молярах нижней челюсти. Для герметизации временных и первых постоянных моляров верхней челюсти целесообразно использовать герметики с кисточковым способом нанесения.

Муллоджанов Г.Э., Олимов А.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ И НЁБА У ДЕТЕЙ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Провести структурную оценку врожденной расщелины губы и нёба среди детского контингента населения.

Материал и методы исследования. Изучена медицинская документация в отделении детской челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра за период с 1 января 2010 года по 31 декабря 2020 года. За анализируемый период проходили лечение и диспансерное наблюдение 927 детей от рождения до 16 лет с врожденными расщелинами губы и нёба (ВРГН). Были изучены истории болезней всех 927 детей с названной патологией, из них 503 (54,3%) мальчиков и 424 (45,7%) девочек.

Результаты и их обсуждение. Результаты обследования детей мужского и женского пола с врожденными расщелинами названной локализации свидетельствуют о том, что, если абсолютное значение лиц в 1-й возрастной группе (1-5 лет) в среднем составило 86 при процентном значении 9,3%, то во 2-й (6 лет), 3-й (7 лет) и 4-й (8 лет) возрастных группах оно соответствовало 88 (9,5%), 99 (9,6%) и 83 (8,9%) при усреднённом значении 82 (8,8%), 92 (9,9%), 88 (9,5%), 85 (9,2%), 87 (9,4%), 77 (8,3%), 70 (7,6%) соответственно у 9-, 10-, 11-, 12-, 13-, 14- и 15-летних возрастных групп.

В ходе структуризации врожденного порока развития выявлено, что в течение ряда лет врожденная расщелина верхней губы и нёба занимает первое место по частоте среди всех пороков развития у детей с наиболее высоким показателем до 15,6%, с возрастанием в динамике за последние 5 лет (2016-2020 гг.) от 13,8% до 15,6%.

У 927 детей с данной патологией клинические формы врожденной расщелины верхней губы и нёба распределились следующим образом: изолированная расщелина верхней губы – у 244 (26,3%) детей; комбинированная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба – у 311 (33,5%); изолированная расщелина нёба – у 372 (40,1%) детей.

Среди обследованных детей в структуре клинических форм врожденного порока развития названной локализации первое место

занимала изолированная расщелина нёба, затем следовала комбинированная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба, на третьем месте – изолированная расщелина верхней губы. Таким образом, в структуре клинических форм врожденного порока развития верхней челюсти преобладали комбинированные расщелины губы и нёба и врожденные расщелины нёба, что составило в сумме 683 (73,7%).

В структуре изолированных расщелин верхней губы (244 детей) лидировала неполная расщелина (без деформации костно-хрящевого отдела носа и с деформацией костно-хрящевого отдела носа) – 153 (62,7%), затем последовали полная расщелина – 87 (35,7%) и скрытая расщелина – 4 (1,6%).

При структурном анализе расщелины верхней губы было обнаружено, что среди 175 обследованных детей было больше односторонних расщелин (71,7%), а среди односторонних расщелин верхней губы левосторонние преобладали над правосторонними расщелинами – 67,4% (118) детей и 32,6% (57) соответственно.

У 372 обследованных детей с врожденными расщелинами нёба в большинстве случаев визуализированы расщелины мягкого и твердого нёба (76,3%, 284 детей), у 54 (14,5%) детей обнаружена врожденная расщелина мягкого нёба, у 25 (6,7%) обследованных детей выявлена врожденная полная расщелина мягкого и твердого нёба и альвеолярного отростка, затем у 9 (2,5%) обследованных лиц последовала врожденная расщелина альвеолярного отростка и переднего отдела нёба.

В структуре комбинированных расщелин верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба, что были диагностированы у 311 детей, в основном преобладали неполные расщелины – 218 (70,1%), затем следовали полные – 63 (20,3%) и скрытые расщелины – 30 (9,6%). Следует отметить, что и среди комбинированных расщелин верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба, у 210 обследованных лиц диагностированы односторонние расщелины,

у 101 - двусторонними (соответственно 67,5% и 32,5%), а среди односторонних расщелин большее количество располагалось на левой стороне (63,3%), чем на правой (36,7%) (соответственно 133 и 77 детей).

Заключение. У детей с врожденными расщелинами губы и нёба в Республике Таджикистан в структуре клинико-анатомических форм преобладали врожденные

изолированные расщелины нёба и наиболее тяжелые формы врожденных расщелин – комбинированные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба. При этом врожденные изолированные расщелины нёба встречались чаще у девочек, а комбинированные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба – у мальчиков.

Муллоджонова А.Г., Каримов С.М.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ НАЛИЧИИ КСЕРОСТОМИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПОЛОСТИ РТА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить стоматологические показатели качества жизни у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 78 больных с местно-распространенным плоскоклеточным раком органов и тканей полости рта. Мужчины и женщины составили соответственно 55 и 23 в возрасте от 20 до 60 лет и старше с превалированием возрастной группы 40-60 лет. Анализ показателей качества стоматологической жизни оценивали с помощью валидированной упрощенной русскоязычной версии международного опросника качества жизни. Валидацию опросника OHIP-49-RU проводили в соответствии с международным требованиям ISOQOL (Международное сообщество изучения качества жизни).

Для оценки стоматологических показателей качества жизни у больных с радиационно-индуцированной ксеростомией использовали русскую версию международного опросника качества жизни, состоящего из 14 вопросов и включающего 7 основных шкал, которые позволяли оценивать наиболее существенные стоматологические параметры нарушения качества жизни: ограничение функции (ОФ), физический дискомфорт (ФД), психологический дискомфорт (ПД), физические нарушения (ФН), психологические расстройства (ПР), социальные ограничения (СО), ущерб (У). Ответы на вопросы опросника построены по типу Ликертовской

шкалы, ранжированы по 5 баллам соответственно ответам. Процедура расчета индекса предполагала суммирование баллов по отдельным шкалам и по опроснику в целом (от 0 до 56).

Результаты и их обсуждение. Критериями эффективности проводимой терапии у данной категории больных являлись: снижение интенсивности либо полное отсутствие болевых и жгучих ощущений во рту, дискомфорта и исчезновение сухости в ротовой полости. При объективном осмотре наблюдается снижение либо полное отсутствие клинических проявлений (гиперемия, налет на зубах и на языке, эпителизация эрозивных очагов поражения). Заметно увеличивается период ремиссии патологии с уменьшением общего числа рецидивов до 1-2 раз на протяжении 12 месяцев, кроме того, уменьшался период перманентного течения патологии. В период ремиссии патологии у наблюдаемых лиц выполнялась полная санация полости рта: лечение кариеса зубов и его осложнений, а также пародонтологическое лечение.

При исследовании, проводимом с использованием опросника OHIP-49-RU, до лечения пациентов было установлено, что в основной группе больных, при сравнении с контрольной, показатели всех оцениваемых профилей оказались выше: «Ограничение функции» - $13,51 \pm 1,14$ и $7,11 \pm 0,61$ ($p < 0,05$) баллов соответственно; «Физический дискомфорт» - $11,54 \pm 1,13$ и $6,71 \pm 0,69$ ($p < 0,05$); «Психологическая нетрудоспособность» - $8,4 \pm 0,72$ и $1,63 \pm 0,18$ ($p < 0,05$); «Социальная

дезадаптация» - $12,17 \pm 1,54$ и $0,6 \pm 0,18$ ($p < 0,05$); «Ущерб» - $9,92 \pm 1,69$ и $0,53 \pm 0,29$ ($p < 0,05$) соответственно.

Произведенные расчеты показали, что до проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера (КЛПМСХ) у пациентов с радиационно-индуцированной ксеростомией сумма баллов исследуемого индекса составила $55,54 \pm 6,22$ баллов против лиц контрольной группы ($16,58 \pm 1,95$ баллов). Следовательно, качество жизни у лиц основной группы было снижено в 3,35 раза по отношению к лицам контрольной группы.

При реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера у лиц основной группы все оцениваемые показатели достоверно снизились. Так, исследование, проводимое с применением опросника ОНП-49-RU, показало, что профиль «Ограничение функции» составил $2,12 \pm 0,43$ баллов против исходного значения ($13,51 \pm 1,14$ баллов); «Физический дискомфорт» - $1,11 \pm 0,32$ и $11,54 \pm 1,13$ баллов соответственно; «Психологическая нетрудоспособность» - $0,45 \pm 0,18$ и $8,4 \pm 0,72$ баллов; «Социальная дезадаптация» - $0,56 \pm 0,21$ и $12,17 \pm 1,54$ баллов; «Ущерб» - $0,29 \pm 0,10$ и $9,92 \pm 1,69$ баллов соответственно.

В целом, после комплексного лечения у лиц основной группы суммарное значение качества жизни по индексу ОНП-49-RU составило $4,53 \pm 1,24$ баллов против $55,54 \pm 6,22$ баллов до активной реализации КЛПМСХ. Следует отметить, что после активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера у лиц с радиационно-индуцированной ксеростомией показатели всех оцениваемых профилей достоверно снизились: ОФ в 6,4 раза; ФД – в 10,4 раза; ПН – в 18,7 раза; СД и У – в 21,7 и 34,2 раза соответственно.

Закключение. Активная реализация комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера у лиц с радиационно-индуцированной ксеростомией положительно влияла на частоту и характер функциональных ограничений, возникающих при наличии ксеростомических симптомов заболеваний полости рта. Оценка кариесологических, пародонтологических и мукологических показателей качества жизни по индексу ОНП-49-RU у больных с радиационно-ассоциированными поражениями полости рта расширила возможности оценки стоматологического аспекта здоровья среди обследованного контингента в динамике реализации КЛПМСХ.

Муминов Ф.Б., Кахаров М.А., Акилов Х.Д., Джураев Х.А.

ОЦЕНКА РЕЗЕРВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ И ФИКСАЦИИ

Кафедра хирургии с курсом топографической анатомии Худжандского отделения ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель исследования. Изучение резервных возможностей моторики толстой кишки при помощи модифицированного электротермомонографа.

Материал и методы исследования. В данном сообщении мы проанализировали результаты изучения биопотенциалов у 32 (68,1%) больных, находящихся в стадии суб- и декомпенсированного запора, которым планировалось оперативное лечение. С целью выбора объема хирургического вмешательства для оценки резервных возможностей моторики толстой кишки мы проводили пробу с церукалом. Методика осуществлялась следу-

ющим способом: во время колоноскопии в толстую кишку вводили полихлорвинильную трубку длиной 3 метра и диаметром 9 мм, которую проводили до купола слепой кишки. Она имеет 3 активных элемента, расположенных на торце зонда, на расстоянии 50 и 100 см. При регистрации биопотенциалов они последовательно соединяются с электротермомонографом и происходит запись результатов. Исследования выполняли спустя 30-40 мин. после нормализации перистальтической активности толстой кишки. Для оценки резервных возможностей моторики толстой кишки больному внутривенно вводили 2,0 мл

церукала и спустя 15 минут осуществлялась повторная запись биоэлектрических потенциалов.

Результаты и их обсуждение. При аномалиях развития и фиксации толстой кишки у взрослых изменения биоэлектрического потенциала имеют специфические изменения. Так, при синдроме Пайра, Мейо, долихосигме, мегадолихосигме и дополнительных петлеобразованиях левых отделов толстой кишки, когда правые отделы функционируют с повышенной нагрузкой, мы выявили следующие характерные изменения по стадиям болезни. В восходящем отделе ободочной кишки показатели биоэлектрической возбудимости в субкомпенсированной стадии были $2,43 \pm 0,29$ мВ ($0,04 \pm 0,01$ Гц), в декомпенсированной - $2,28 \pm 0,31$ мВ ($0,03 \pm 0,01$ Гц).

Данные со второго активного элемента, расположенного в поперечно-ободочной кишке, в стадии субкомпенсации равнялись $1,84 \pm 0,22$ мВ ($0,02 \pm 0,008$ Гц), в декомпенсированной стадии запора - $1,63 \pm 0,21$ мВ и ($0,02 \pm 0,01$ Гц). В области нисходящей ободочной и сигмовидной кишок показа-

тели в субкомпенсированной стадии были $1,84 \pm 0,25$ мВ ($0,03 \pm 0,01$ Гц) и в декомпенсированной - $1,65 \pm 0,24$ мВ ($0,02 \pm 0,009$ Гц). Анализ полученных выборок при помощи U-критерия Манна-Уитни показал, что наблюдающиеся изменения биоэлектрической возбудимости в различных стадиях запора в восходящей, поперечно-ободочной и нисходящем отделах толстой кишки имеют эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}(0)$, находящееся в зоне значимости.

Для оценки резервных возможностей моторики толстой кишки мы применяли церукаловую пробу. Среди проведенных 32 исследований у больных в стадии суб- и декомпенсации у 13 (40,6%) больных отмечалось положительное влияние от введения церукала. Среди них 4 (12,6%) больных с синдромом Пайра и Мейо, 9 (28,1%) с долихосигмой и мегадолихосигмой. Оно выражалось в усилении биоэлектрической возбудимости в изучаемых отделах толстой кишки, в среднем, на 15-20% от исходного. Полученные значения биоэлектрической возбудимости приведены в таблице.

Патология	Правые отделы ободочной кишки		Поперечно-ободочная кишка		Левые отделы ободочной кишки	
	до стимуляции	после стимуляции	до стимуляции	после стимуляции	до стимуляции	после стимуляции
Синдром Пайра	$2,28 \pm 0,31$ мВ	$2,51 \pm 0,15$ мВ*	$1,63 \pm 0,21$ мВ	$2,44 \pm 0,22$ мВ*	$1,88 \pm 0,24$ мВ	$2,31 \pm 0,16$ мВ*
Синдром Мейо	$2,31 \pm 0,11$ мВ	$2,55 \pm 0,09$ мВ*	$1,87 \pm 0,19$ мВ	$2,43 \pm 0,11$ мВ*	$2,11 \pm 0,09$ мВ	$2,38 \pm 0,07$ мВ*
Долихосигма	$2,41 \pm 0,15$ мВ	$2,49 \pm 0,17$ мВ*	$2,23 \pm 0,16$ мВ	$2,54 \pm 0,21$ мВ*	$1,65 \pm 0,11$ мВ	$2,23 \pm 0,17$ мВ*
Мегадолихосигма	$2,17 \pm 0,22$ мВ	$2,44 \pm 0,09$ мВ*	$2,19 \pm 0,21$ мВ	$2,49 \pm 0,17$ мВ*	$1,74 \pm 0,13$ мВ	$2,32 \pm 0,22$ мВ*

Примечание: * - значимость различий (p) по сравнению с больными до стимуляции ($p < 0,1$)

Как видно из представленной таблицы, усиление биоэлектрической возбудимости по отделам толстого кишечника составило соответственно, в среднем, 22,6% в правой половине, 26,6% - в области поперечно-ободочной кишки и 27,8% - в левых отделах толстой кишки. Полученные результаты показывают, что моторно-эвакуаторные нарушения толстой кишки при аномалиях развития и фиксации в ряде случаев имеют обратимый характер. Чаще это наблюдается у больных молодого возраста. Своевременное выявление обратимости моторики толстой

кишки позволяет придерживаться консервативной тактики и отказаться от хирургического лечения.

Заключение. Изучение резервных возможностей толстой кишки имеет важное значение для планирования способа лечения больных с аномалиями развития и фиксации. При положительной церукаловой пробе мы считаем возможным проведение консервативной терапии. При отсутствии реакции моторики толстой кишки на введения церукала, свидетельствующей о ее атонии, мы отдаем предпочтение различного объема резекции органа.

Мухиддин Н.Д., Болтуев К.Х., Азизов Ф.А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить возможности видеолaparоскопии в диагностике и хирургическом лечении острого аппендицита, осложненного перитонитом.

Материал и методы исследования. За последние 6 лет под нашим наблюдением находились 256 пациентов с диагнозом «Острый деструктивный аппендицит, осложненный перитонитом». Среди них был 101 (39,4%) мужчина и 155 (60,6%) женщин. Возраст больных колебался от 18 до 72 лет. Из общего количества больных 65 (25,3%) поступили до 12 часов, 114 (44,5%) пациентов - до 24 часов и более 24 часов - 77 (30,1 %) от начала заболевания.

Видеолaparоскопически выявлены следующие патоморфологические формы острого аппендицита: катаральная – 3 (1,1%), флегмонозная – 131 (51,1%), гангренозная - 65 (25,4%) и гангренозно-перфоративная – 57 (22,4%).

Все больные оперированы лапароскопическим способом по общепринятой методике с использованием трех троакаров (два – рабочих и один – для лапароскопа).

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом. Длительность вмешательства составила от 35 до 90 мин. При ревизии органов брюшной полости признаки местного серозного перитонита выявлены у 109 (42,5%) больных, в основном, у пациентов с флегмонозной формой острого аппендицита. Фибринозно- гнойный перитонит с локализацией в правой подвздошной ямке имелся у 82 (32,1%), диффузный – у 65 (25,3%) пациентов. Изменения в области основания червеобразного отростка и куполе слепой кишки выявлены нами у 26 (10,1%) человек при гангренозно-перфоративном и гангренозном аппендиците. В этих случаях нами не использовался лигатурный метод обработки культи отростка. Предпочтение отдавалось методике De Kok, т.е. проекционно над червеобразным

отростком выполнялась минилапаротомия (до 2-3 см длиной), после отсечения червеобразного отростка у основания культи погружалась традиционным способом в кисетные и Z-образные швы. Во всех случаях производили санацию и дренирование брюшной полости. Дренажи удалялись на 1-4-е сутки после операции с учетом количества и характера выделяемого выпота из брюшной полости. Активизация больных после операции осуществлялась через первые 6 - 8 часов после окончания оперативного вмешательства, применения наркотических препаратов в раннем послеоперационном периоде не потребовалось ни в одном наблюдении. Вместо них нами использованы ненаркотические анальгетики и противовоспалительные средства. В раннем послеоперационном периоде не диагностированы такие грозные осложнения, характерные для этого заболевания, как внутрибрюшные абсцессы, нагноение послеоперационных ран, внутрибрюшные кровотечения из коагулированной брыжейки червеобразного отростка. У 9 (3,5%) больных обнаружены воспалительные инфильтраты в области раны правой подвздошной области, где находились дренажи. На фоне проводимой антибактериальной терапии отмечалось рассасывание данных инфильтратов. В двух случаях имелось нагноение послеоперационной раны в пределах подкожно-жировой клетчатки, которое вылечено консервативным путем с вторичным заживлением раны. Сроки пребывания больных в стационаре составили от 4 до 7 дней (в среднем – $3,6 \pm 1,2$ дня).

Заключение. Применение лапароскопических технологий в диагностике и лечении острого деструктивного аппендицита, осложненного перитонитом, возможно не только при неосложненных формах, но и при местном или диффузном перитоните, при условии адекватной санации и дренирования брюшной полости.

Мухиддин Н.Д., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с острым аппендицитом путём применения эндовидеохирургических технологий.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 314 больных с диагнозом «Острый аппендицит» в период с 2016 по 2021 гг. Среди них было 178 (56,6%) женщин и 136 (43,4%) мужчин. Возраст больных колебался от 16 до 72 лет.

Больным были проведены клинично-лабораторные и инструментальные методы диагностики - УЗИ, рентгенография брюшной полости. Диагностическая лапароскопия являлась последним этапом диагностики и начальным этапом лечения. Все пациенты оперированы в экстренном порядке. Объём оперативных вмешательств заключался в удалении червеобразного отростка и по показаниям - дренировании брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. При выполнении аппендэктомии отношение к обработке брыжейки червеобразного отростка зависело от анатомического строения и наличия выраженности воспалительного процесса в нём. При отсутствии или умеренно выраженном воспалительном процессе в брыжейке в 124 случаях выполняли интракорпоральную перевязку брыжейки аппендикса капроновой нитью путём проведения её через зону основания червеобразного отростка. После этого коагулировали биполярным зажимом и пересекали брыжейку. В остальных случаях, когда был выражен воспалительный процесс в брыжейке и, особенно, в области её основания, где высок риск по-

вреждения сосудов с кровотечением, выполняли коагуляцию брыжейки биполярным зажимом и с использованием аппаратуры Liga-sure. Следует отметить, что безопаснее, если линия коагуляции и отсечения брыжейки проходит вдоль стенки червеобразного отростка, т.е. в зоне расщепления и вхождения сосудов в стенку отростка, во избежание неконтролируемого кровотечения из сосудов отростка. Аппендэктомию выполняли лигатурным способом, без погружения культи отростка в купол слепой кишки и с применением методики De Kok, т.е. проекционно над червеобразным отростком выполнялась минилапаротомия (до 2-3 см длиной), и после отсечения червеобразного отростка у основания культи погружалась традиционным способом в кيسетные и Z-образные швы.

В послеоперационном периоде у 9 (2,8%) больных отмечены воспалительные инфильтраты в области раны правой подвздошной области, где находились дренажи. На фоне проводимой антибактериальной терапии отмечалось рассасывание данных инфильтратов. В двух случаях развилось нагноение послеоперационной раны в пределах подкожно-жировой клетчатки, которые вылечено консервативным путем с вторичным заживлением раны. Сроки пребывания больных в стационаре составили от 3 до 7 дней (в среднем – $3,6 \pm 1,2$ дня).

Заключение. Эндовидеохирургические технологии при остром аппендиците способствуют снижению числа ранних и поздних послеоперационных осложнений и сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

Мухиддин Н.Д., Рабиев Х.С., Ёров Ё.Б.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эффективность неинвазивных методов исследования в диагностике острого холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование охватывало 135 больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой, находившихся на лечении в отделении общей хирургии на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ с 2015 по 2020 гг. Мужчин было 49 (36,29%), женщин – 86 (63,71%).

Все больные поступили и обследованы в экстренном порядке. Для уточнения и верификации диагностики холецистохоледохолитиаза до операции изучали анамнез заболевания, проводили физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, ФГДС, КТ и МРТХГ).

Результаты и их обсуждение. Всем больным при поступлении и в день операции проводили УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. По данным УЗИ, во всех случаях обнаружены эхогенные образования с акустической тенью в просвете ЖП и общего желчного протока, которые в норме не определяются. Наличие акустической тени у 31 (22,96%) пациента было сомнительным, впоследствии подтвердилось после КТ или МРТ-холангиографии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. По нашим наблюдениям, у 7 (5,18%) больных УЗИ органов гепатопанкреатобилиарной зонной оказалось малоинформативным в связи с метеоризмом кишечника и избыточно развитой подкожной жировой клетчаткой. О переходе воспалительного процесса на окружающие ткани и органы гепатопанкреатодуоденальной зоны судили по наличию повышенных эхосигналов за пределами желчного пузыря. КТ использовали у 15 (11,11%) больных в сомнительных случаях после УЗИ желчного пузыря и гепатикохоледоха, а также для

выявления мелких конкрементов и нерасширенных протоков. Достоверность КТ, по нашим наблюдениям, имеет среднюю степень точности, около 90%, занимает по чувствительности место между УЗИ и ЭРХПГ. МРХПГ, как альтернативу ЭРХПГ, использовали у 16 (11,85%) пациентов для диагностики холецистохоледохолитиаза, и тем самым избежали таких грозных осложнений, как перфорация, панкреатит, кровотечение. В 3 случаях выявили камни размером около 2 мм в различных отделах гепатикохоледоха и исключили другую патологию гепатобилиарной зоны. Диагностическая точность МРХПГ при холецистохоледохолитиазе составляла 97%. ФГДС выполнялась 116 (85,92%) больным по общепринятой методике, остальным она не проводилась в связи с трудностью проглатывания дуоденоскопа. Во время ФГДС осматривали состояние пищевода, желудка и ДПК, при подозрении на онкопроцесс брали биопсию, а также прогнозировали возможности проведения эндоскопических вмешательств. При ФГДС у 95 (70,37%) пациентов выявили признаки «рождающегося» камня непосредственно в устье сосочка, увеличение БДС в размерах до 1,0-1,5 см, выбухание его в просвет ДПК, визуализацию в слизистой оболочке сосочка кровоизлияний, гиперемии и отек. Во всех случаях был достигнут желаемый диагностический эффект и тем самым определено дальнейшее хирургическое устранение холецистохоледохолитиаза.

Закключение. При наличии острого холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой, всем больным необходимо проводить неинвазивные дооперационные методы исследования, после установления диагноза в зависимости от конкретных клинических ситуаций выбирается хирургическая тактика лечения. При наличии множественных мелких конкрементов желчного пузыря и общего желчного протока высокоинформативным является сочетание применения УЗИ и МРХПГ.

Мухиддин Н.Д., Рабиев Х.С., Ёров Ё.Б., Курбанов Н.Г.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИЯ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить возможности применения видеолaparоскопических технологий в хирургическом лечении больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой.

Материал и методы исследования. Видеолaparоскопическая холецистэктомия с холедохолитотомией выполнена нами у 20 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой, в возрасте от 20 до 70 лет. Мужчин было 7 (35%), женщин - 13 (65%). Уровень билирубина крови варьировал от 24 до 300 ммоль/л. Данный способ лечения мы применяли у 9 пациентов с одиночными камнями и у 11 больных - с множественными (2 и более) конкрементами общего желчного протока. Диагноз устанавливали на основании анамнеза заболевания, физикальных и лабораторных данных, инструментальных методов исследования (УЗИ, ФГДС, КТ, МРТ-холангиография). Показания к лапароскопической холедохолитотомии: механическая желтуха и расширение общего желчного протока, обнаружение камней холедоха при инструментальной пальпации или после интраоперационных холангиографий или холедохоскопии.

Результаты и их обсуждение. Расположение троакарров во время лапароскопического вмешательства типично. Холедох выделяется с помощью тупой и острой диссекции, применяется электрокоагуляция. Холедохолитотомия производится в супрадуоденальной части холедоха. Протяженность холедохотомического отверстия определяется размерами камней и должна незначительно превышать диаметр большого камня. Извлечение камней и ревизию желчевыводящих путей проводили специально входящими для этой цели в набор

инструментами, а также корзинкой Дормиа и катетером Фогарти. Также широко применяли для санации промывание желчных протоков под давлением тёплого раствора антисептиков. После лапароскопической холецистэктомии с холедохолитотомией дренировали холедох Т-образным дренажом по Kher и накладывали интракорпоральные швы на холедохотомическое отверстие. Конверсия доступа была у 3 больных. В 1 случаях в связи с протяженной терминальной стриктурой общего желчного протока (более 20 мм), в связи с синдромом Мириззи - 2. Холецистэктомия была дополнена наложением холедоходуоденального анастомоза по Юрашова-Виноградову. Интраоперационно в двух случаях отмечалось кровотечение из культи пузырной артерии, где клипировали кровоточащие сосуды и применяли аппарат ЛИГАСУ. Следует отметить, что применение аппарата ЛИГАСУ очень эффективно и удобно для остановки кровотечения из культи пузырной артерии. В послеоперационном периоде у одного больного на 2-3 сутки отмечалось желчеистечение из дренажной трубки в количестве 300-350 мл в сутки, которое самостоятельно устранилось без каких-либо хирургических вмешательств. На 11-12 сутки после контрольной фистулохолангиографии удалили дренаж из холедоха. Летальных исходов не было.

Заключение. Применение видеолaparоскопической холедохолитотомии при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, позволяет выполнить необходимый объем хирургической операции. При этом сохраняется анатомия и физиология большого дуоденального сосочка, тем самым снижается тяжесть хирургической агрессии, отмечается раннее восстановление трудоспособности пациентов.

Мухтарова П.Р., Шамсидинов Б.Н., Шайдоев С.С., Бегов А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПАЛМИНОСЕ В ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА

Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение эффективности препарата "Палминосе" при атрофическом рините.

Материал и методы исследований. Нами исследовано 18 пациентов с атрофическим ринитом. Им в лечении местно

применяли препарат "Палминосе", в состав которого входят витамины Е, А и пантотеновая кислота.

Эффективность препарата оценивалась по шкале оценки качества жизни (SNOT-25), в которой указываются 25 симптомов, и пациент самостоятельно оценивает выраженность этих симптомов по 5-балльной шкале. Эта методика дает возможность пациенту самому определять выраженность назальных симптомов, сопутствующих симптомов и др.

Оценка каждого симптома производилась по вышеуказанной методике до лечения и после лечения на 7 и 14 день.

Результаты и их обсуждение. Всем больным при помощи апостериорного критерия Геймса-Ховелла были установлены статистически значимые различия в сумме баллов по опроснику до лечения и после лечения на 7 день ($p=0,005$), а также до лечения и на 14 день после ($p<0,001$). Среднее значение общего количества баллов по опроснику до лечения составило $31,1\pm 15,54$, на 7 день - $19,8\pm 8,51$ и на 14 день - $16\pm 1,56$. Анализируя клинические признаки, была получена достоверная разница по 10 симптомам. Также по симптомам, характерным для атрофического ринита (сухость в носу, затруднение носового дыхания, чувство удушья, ощущение излишней открытости носа, корки в носу), была получена достоверная разница в

зависимости от дня лечения с уменьшением количества баллов по выраженности сухости в носу ($3,6\pm 1,44$ на $1,9\pm 0,43$), ощущения излишней открытости носа ($0,78\pm 0,31$ на $0,51\pm 0,12$), образования корок в носу ($4,43\pm 1,43$ на $1,65\pm 0,84$) на 7 день лечения и по всем этим симптомам с дополнительным снижением выраженности чувства удушья ($1,22\pm 0,23$ на $0,23\pm 0,2$) и затруднения носового дыхания ($1,56\pm 0,33$ на $0,34\pm 0,12$) на 14 день. Также на 14 день из других симптомов наблюдалось уменьшение потребности высморкаться ($1,31\pm 0,3$ на $1,02\pm 0,11$), стекания слизи по задней стенке глотки ($1,33\pm 0,21$ на $0,4\pm 0,16$). Из общих клинических проявлений достоверная разница на 7 день лечения была продемонстрирована в уменьшении утомляемости ($1,12\pm 0,25$ на $0,65\pm 0,14$), а на 14 день пациенты отмечали улучшение полноценного ночного сна ($1,9\pm 1,1$ на $1,1\pm 0,25$) и снижение жалоб на неудовлетворенность, беспокойство и раздражительность, по сравнению с состоянием до начала лечения.

Заключение. Препарат "Палминосе" значительно уменьшает местные воспалительные проявления данных заболеваний, хорошо переносится пациентами и может быть использован в лечении пациентов с атрофической формой хронического ринита при эмпирической схеме терапии данного заболевания.

Назарзода Ф.Н., Ёров У.У., Назаров Х.Ф., Назарова Ш.Ф.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗРТ
Медицинский центр «Хатлон», г. Бохтар

Цель исследования. Изучение эффективности использования лапароскопической технологии в лечении больных с гинекологической патологией в хирургических стационарах Хатлонской области.

Материал и методы исследования. Изучены 33 хирургических стационара Хатлонской области в отношении оперативного лечения больных с экстренной и плановой гинекологической патологией, которыми в сумме обследованы 3006 пациентов с патологией

органов гениталий. Основная группа - 2505 пациентов, оперированы лапароскопическим способом, а в группу сравнения включена 501 женщина, оперированные традиционным методом, в возрасте от 15 до 74 лет. В структуре обеих обследованных групп больных, в основном, имела патология яичников (кисты и апоплексии), удельный вес которых составил 22,2% в основной и 14,9% - в группе сравнения.

Результаты и их обсуждение. Анализ работы хирургических стационаров Хат-

лонской области показал, что, несмотря на более низкие финансовые затраты, малую травматичность, хороший косметический эффект, низкий удельный вес интра- и послеоперационных осложнений, из 33 функционирующих хирургических стационаров только в 7 для лечения больных применяли эндовидеохирургические технологии.

Заключение. Анализ полученных результатов показал, что несмотря на явные

преимущества операций с применением лапароскопических технологий, для оперативного лечения заболеваний органов малого таза на базах хирургических стационаров лечебно-профилактических учреждений Хатлонской области их используют в единичных учреждениях (7 из 33). Целесообразность применения лапароскопических технологий в оперативном лечении заболеваний органов малого таза экономически оправдана.

Назарзода Ф.Н., Назаров Х.Ф., Назарова Ш.Ф., Сатторов К.Б.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗРТ
Медицинский центр «Хатлон», г. Бохтар

Цель исследования. Изучение эффективности лапароскопических технологий в хирургическом лечении у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высокой степенью операционного риска.

Материал и методы исследования. С августа 2008 по декабрь 2020 годы в частном медицинском центре «Хатлон» лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) предпринята у 2400 больных. Переход к открытой операции потребовался в 35 (1,5%) случаях.

Если на этапе освоения техники ЛХЭ эта операция выполнялась, в основном, у больных с хроническим калькулезным холециститом без высокого операционного и анестезиологического риска, то в последующем, с накоплением опыта, показания к выполнению ЛХЭ значительно расширились. В настоящее время среди больных с острым калькулезным холециститом выделяем больных с глубокой необратимой деструкцией желчного пузыря, у которых считаем показанной традиционную холецистэктомию. При отсутствии ультразвуковых признаков глубокой деструкции желчного пузыря на фоне некупированного приступа острого холецистита считаем показанной ЛХЭ.

Наличие в анамнезе предшествующих операций на верхнем этаже брюшной полости в настоящее время также не является противопоказанием к ЛХЭ. В таких случаях целесообразно введение первого троакара осуществлять полукоткрытым методом. Таким образом оперированы 58 больных,

которым ранее произведены операции на верхнем этаже брюшной полости. Ни в одном случае осложнений не наблюдались. У 53 (2,2%) больных по клиническим и лабораторным данным, а также по результатам гистологического исследования выявлены хронические заболевания печени. Возраст больных варьировал от 20 до 80 лет.

Результаты и их обсуждение. Выполнено 35 лапароскопических холецистэктомий у больных циррозом печени с портальной гипертензией в стадиях компенсации и субкомпенсации, что мы не считаем противопоказанием для ЛХЭ.

Типичной особенностью у данной категории больных явилась выраженная кровоточивость из поврежденных тканей во время операции, несмотря на целенаправленную предоперационную терапию (викасол, плазма, альбумин). Тщательный гемостаз во время операции и гемостатическая терапия, включающая введение криопреципитата и свежзамороженной плазмы, как правило, позволяли справиться с кровотечением.

Согласно классификации физического состояния пациентов (АСА), 350 (14,5%) пациентов были отнесены к 3 и 4 классам. Предоперационная подготовка проводилась всем этим больным. У 215 (61,4%) пациентов 3 и 4 классов (АСА) с сопутствующей патологией со стороны сердца и легких, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) проводилась при низком внутрибрюшном давлении (5-6 мм рт.ст.).

Повреждения гепатикохоледоха составили 0,08%, послеоперационная летальность - 0,04% (у больной 72 лет от острой сердечной недостаточности, обусловленной острым инфарктом миокарда).

Заключение. Основным фактором удачного выполнения ЛХЭ у больных с

тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высокой степенью анестезиологического риска при таких заболеваниях, как ишемическая болезнь сердца, диабет, гипертония, цирроз печени, является своевременная коррекция имеющихся нарушений.

Назарзода Х.Н., Раджабзода М.М., Назаров Х.Н., Мирзоев Р.Р.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, ПРИЧИНЫ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Хатлонская областная клиническая больница имени Б.Вохидова, г. Бохтар

Цель исследования. Улучшение методов профилактики и лечения хронического травматического остеомиелита.

Материал и методы исследования. Нами проведено клиническое наблюдение и лечение 112 больных с хроническим остеомиелитом, возникшим после лечения СИМТНК. Контрольную группу составил 41 больной, которые лечились по общепринятой методике в 2006 - 2011 гг. в ОКБ города Курган-Тюбе имени Б. Вохидова Республики Таджикистан. В основную группу вошел 71 пострадавший, из них 58 лечились в отделении гнойной остеологии клиники травматологии и ортопедии ГОУВПО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава РФ города Санкт-Петербурга и 13 пострадавших в ОКБ города Курган-Тюбе в 2012 - 2020 гг. В основной группе больных в схему комплексного лечения было включено введение иммуномодулятора – дерината.

Результаты и их обсуждение. Основным способом лечения больных с различными формами остеомиелита в настоящее время является операция.

Предоперационная подготовка включала в себя общеукрепляющую, симптоматическую и специфическую терапии при наличии сопутствующих заболеваний, коррекцию электролитных и белковых нарушений.

При травматическом и послеоперационном остеомиелите наиболее часто применялась радикальная хирургическая обработка очага остеомиелита (РХООО) с удалением металлоконструкций и последующим чрескостным компрессионно-дистракционным остеосинтезом (ЧКДО) - 17 (16,0%) и 14 (13,2%) больных соответственно. При этом необ-

ходимо отметить, что во всех этих случаях остеомиелиты сопровождались снесосшимися переломами (22) и ложными суставами (9). Из других методов лечения в 25 (23,6%) случаях мы использовали мышечную пластику различными лоскутами: у 14 (13,2%) пациентов с травматическим и у 11 (10,4%) с послеоперационным остеомиелитом. Костная аутопластика применялась у 15 (14,2%) больных. Показанием к ней было внутрикостное расположенные остаточные полости при сохраненных мышечных и кожных покровов. Костная пластика, в основном, применялась у лиц молодого и среднего возраста (до 50 лет), без тяжелой соматической патологии, при отсутствии признаков общей гнойной инфекции и локального обострения. Убедившись в радикальности первого этапа операции, производили забор трансплантатов в виде «щебенки» из гребня подвздошной кости. После смешивания ауто трансплантатов с антибиотиками ими плотно заполняли костную полость. Рану послойно ушивали. В 13 (12,3%) случаях операция заключалась только в РХО-ОО и удалении металлических конструкций. Такие операции выполнялись при сросшихся переломах, когда гнойный процесс поддерживался металлической конструкцией или кортикальными секвестрами. В этих случаях операция заключалась в удалении металлоконструкций, секвестров, выскабливании патологических грануляций, иссечении измененных под действием электрохимической реакции тканей. Внутрикостное промывание после удаления интрамедуллярных стержней, хирургической обработки гнойного очага применялось 10 (9,4%) раз.

Все больные в послеоперационном периоде внутривенно получили антибиотики, подобранные по антибиотикограмме, в течение 5-7 дней. В основной группе больных в схему комплексного лечения наряду с радикальной хирургической обработкой очага остеомиелита, целенаправленной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной терапией, физиотерапевтическим лечением, лечебной физкультурой было включено введение иммуномодулятора – дерината. Деринат (дезоксирибонуклеинат натрия) – высокоочищенная натриевая соль нативной дезоксирибонуклеиновой кислоты, растворенная в 0,1% водном растворе хлорида натрия, биологически активное вещество, выделенное из молок осетровых рыб. Молекулярная масса 270 – 500 кД, гипохромный эффект не ниже 37%, белок – менее 1%. Деринат вводили внутримышечно в виде 1,5% раствора по 5 мл ежедневно на протяжении 5 дней. В последующем через 72 часа по 5 мл, 5 инъекций.

После лечения в группах с использованием дерината более значимо выросло относительное число лимфоцитов, уменьшилась доля нейтрофилов и показатели СОЭ, по сравнению с контрольной группой, что сви-

детельствует об уменьшении воспалительной реакции.

При анализе клинических результатов лечения в двух группах пациентов отдаленные результаты удалось проследить у 88 (83,0%) больных; из них 37 (42,0%) – контрольная группа, 51 (58,0%) – основная группа. В основной группе пострадавших, где в составе комплексного лечения нами применялись деринат, хорошие результаты получены в 82,3%, а в контрольной группе – 70,3%. Удовлетворительных результатов в основной и контрольной группах было 11,8% и 16,2% соответственно. Число неудовлетворительных результатов в основной группе составило 5,9%, в контрольной – 13,5%.

Закключение. Таким образом, на основании анализа послеоперационных осложнений, отдаленных результатов и данных иммунологических исследований у больных с хроническим остеомиелитом имеются явления эндогенной интоксикации, снижение иммунологических сил организма, заболевание носит хронический характер. Для достижения успеха в комплексном лечении наряду с хирургической обработкой гнойного очага должны применяться иммуномодуляторы. Для этих целей успешно может применяться деринат.

Назарода Ф.Н., Сатторов В.Т., Ёров У.У., Назаров Х.Ф.

ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Медицинский центр «Хатлон», г. Бохтар

Цель исследования. Изучение состояния больных и оценка риска анестезии при лапароскопических вмешательствах.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ анестезиологических пособий 110 лапароскопических операций. Контингент больных – 96 женщин и 14 мужчин, возраст от 20 до 75 лет. При оценке риска анестезии по физическому статусу больных преобладали пациенты с легкими системными заболеваниями (64%) с равномерным распределением нормального состояния пациентов и пациентов с тяжелыми системными заболеваниями (по 18%). В 4% случаев больные имели тяжелую сопутствующую

патологию, которая представляла угрозу для жизни. Больным произведена лапароскопическая холецистэктомия (90), эндогинекологические операции (14), диагностическая лапароскопия с биопсией печени (6). Все анестезиологические пособия проведены без осложнений.

Результаты и их обсуждение. Самое серьезное влияние на течение анестезии оказывал напряженный пневмоперитонеум (НПП). Поэтому лапароскопические вмешательства, помимо неоспоримых преимуществ, несут в себе потенциальный риск осложнений, связанных с наложением НПП. Пневмоперитонеум вызывает снижение об-

щей податливости системы органов дыхания, значительно повышая эластическое сопротивление легких. Эти изменения имеют реверсивный характер и нивелируются после окончания пневмоперитонеума. Изменения гемодинамики в ответ на создание НПП наступают в результате прямого влияния повышенного внутрибрюшного давления на систему кровообращения, стимуляции нейрогуморальной реакции организма и резорбции CO₂.

Заключение. Лапароскопическая операция имеет риск возникновения потенциально опасных осложнений, связанных

с влиянием гиперкапнии и повышением внутрибрюшного давления. Немаловажным в проведении анестезии в эндохирургии является адекватная миорелаксация до окончания операции. ИВЛ проводили в режиме гипервентиляции с увеличенной на 30-40% минутной вентиляцией для достижения нормокапнии. Наиболее значимой для адекватного анестезиологического обеспечения считаем первую половину вмешательства, которая сопровождается быстро сменяющимися друг друга стрессогенными этапами. Это определяет и основной расход наркотических препаратов.

¹Назаров Ш.О., ²Сангинов Д.Р., ¹Ниязов И.К., ¹Салимов Ф.И.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА КОЖИ ВЕК

¹ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

²ГОУ «ТГМУ им Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучение эпидемиологических особенностей, клинических проявлений, диагностики и лечения больных раком кожи век по обращаемости в Республиканский онкологический научный центр МЗиСЗН РТ.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 38 больных раком кожи век, получивших лечение в РОНЦ за период 2015–2017 гг.

Проведены лабораторные и инструментальные методы диагностики, во всех случаях диагноз верифицирован морфологически. Все больные оперированы под общим наркозом.

Результаты и их обсуждение. Базальноклеточный рак кожи век установлен у 31 (81,6%) больного, плоскоклеточный - у 7 (18,4%). Возраст варьировал от 36 до 75 лет, с преобладанием старше 66 лет. Мужчин было 17 (44,7%), женщин - 21 (55,3%). Опухоль локализовалась в области верхнего века у 7 (18,4%) больных, нижнего века - у 24 (63,1%), во внутреннем угле глазной щели - 5 (13,2%), с вовлечением верхнего и нижнего века - у 2 (5,3%) больных. Преобладали запущенные случаи заболевания: у 68,4% (26-больных) установлены Т3,Т4 стадии, что указывает на низкий уровень противоракового

просвещения населения с одной стороны, а с другой - крайне недостаточную работу врачей общей лечебной сети, в том числе офтальмологов. Хирургическое лечение получили 19 (50%) больных, самостоятельную лучевую терапию - 6 (15,8%), комбинированное лечение (ЛТ+операция) - 12 (31,8%) и комплексное лечение (ЛТ+операция+ПХТ) получил 1 (2,6%) больной. Реконструктивно-пластические операции выполнены 10 (26,1%) больным, экзентерация орбиты - 7 (18,4%) больным с местно-распространенным процессом, иссечение опухоли с перемещенным лоскутом - у 9 (23,7%) больных, иссечение опухоли с местной пластикой выполнено 6 (16,8%) больным. В процессе наблюдения за больными рецидивы после лучевой терапии установлены у 3 (7,9%), а после хирургического вмешательства - у 2 (5,3%) больных.

Заключение. Рак кожи век среди злокачественных заболеваний органов зрения в Таджикистане встречается достаточно часто - 58%, преобладает базальноклеточная форма рака и запущенные случаи. Выбор метода лечения зависит от локализации и степени распространенности процесса. Необходимо усиление санитарно-просветительской работы среди населения.

Назиров С.Н., Хайрудинов М.Р., Ражабов Ш.Ю., Кадыров К.У.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПЕРЕЛОМА СВОДА ЧЕРЕПА

Кафедра судебной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Разработка экспертных критериев установления давности черепно-мозговой травмы (ЧМТ) по морфологическим изменениям в зависимости от времени после ЧМТ.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 28 экспертных случаев перелома свода черепа при черепно-мозговой травме. Предметом исследования были морфологические изменения свода черепа.

Для решения поставленных задач были использованы морфологические и статистические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Закрытые ЧМТ встречались в 70% случаях, в 15,5% случаях травмы были открытые, но непроникающие, в остальных 17,5% - проникающие, то есть с нарушением целостности твердой мозговой оболочки.

Открытая черепно-мозговая травма характеризовалась множественными перело-

мами костей свода черепа, значительными разрывами оболочек и размождением тканей мозга, которые были более выраженными, чем при закрытой черепно-мозговой травме.

Переломы костей черепа встречались в 30% случаях. Чаще они встречались в сочетании: в виде переломов основания и свода черепа – в 25%, переломов основания и височной кости – в 8,3%, переломов лицевых костей – 8,3%, перелом основания имел место у 8,3%.

Заключение. Черепно-мозговые травмы являются результатом многих тяжких преступлений против жизни и здоровья личности. В таких случаях органы расследования должны установить место и время получения телесного повреждения, свойства травмирующего предмета, условия возникновения повреждения, объем и характер прижизненного вреда здоровью. Все эти и многие другие вопросы носят специфический характер и решаются в рамках судебно-медицинской экспертизы.

Назиров С.Н., Хайрудинов М.Р., Элиева М.Ф., Якубов Х.Х.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСМЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра судебной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Разработка научно-обоснованных рекомендаций и алгоритма посмертной диагностики сахарного диабета в судебно-медицинской практике.

Материал и методы исследования. Материалом для наших исследований явились образцы крови, изъятые у трупов лиц, умерших насильственной и ненасильственной смертью (23 случаев); архивные материалы (акты судебно-медицинского исследования трупов; всего 28 случаев); трупы лиц, умерших скоропостижно (22 случаев).

Биохимические исследования (в основном на содержание гликированного гемоглоби-

на) были проверены на кафедре биохимии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Результаты и их обсуждение. Все выбранные образцы трупной крови были исследованы на содержание гликированного гемоглобина. Содержание гликированного гемоглобина в 48,2% случаев превышало норму.

При анализе архивного материала выявлено, что в 86,3% случаев от общей выборки СД не был диагностирован при судебно-медицинском исследовании, из них в 42,6% СД не диагностировали при жизни (данные отсутствовали в медицинских документах).

Заключение. Частота встречаемости повышенного уровня гликированного гемоглобина в образцах трупной крови достаточно высока, что свидетельствует о большой доле недиагностированного при жизни сахарного диабета. Анализ архив-

ного материала судебно-медицинских заключений выявил, что диагноз «Сахарный диабет» или «Гипергликемическая кома», как основная причина смерти, не был представлен при постановке судебно-медицинского диагноза.

Нарзулов В.А., Мукимов А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНСЕРВИРОВАННЫХ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КОСТНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности применения костных ксенотрансплантатов при восстановительных операциях у больных с костными новообразованиями.

Материал и методы исследования. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 283 больных с костными новообразованиями, лицевой отдел – 82 (28,9%), конечности - 201(71,1%). Средний возраст больных составил 56 года, диапазон возраста находился в пределах 6-74 лет. Все образовавшиеся костные дефекты у больных восстанавливали ауто- и ксенотрансплантатами.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 группы. В первой, контрольной, группе 39 (18,4%) человек больным после удаления опухоли костные дефекты были замещены аутоотрансплантатами. Среди них с опухолями нижней челюсти было 15, верхней челюсти - 8, нижней конечности - 11 и верхней конечности - 5 человек. Аутоотрансплантаты с целью замещения костного дефекта были использованы из ребра, гребня подвздошной кости, одному больному трансплантирован венечный отросток нижней челюсти с височной мышцей. Вторую, основ-

ную, группу составляли 244 (86,2%) больных, из которых с опухолями нижней конечности было 103 пациента, верхней конечности - 76, нижней челюсти - 33, верхней челюсти - 17, лобной пазухи - 11, щечной кости - 2, височной кости - 2. Всем этим больным после удаления опухоли с целью замещения костного дефекта были использованы костные ксенотрансплантаты, консервированные в 0,5% растворе формалина, флавоноидов с добавлением антибиотика - гентамицина.

При изучении результатов лечения у 260 (91,8%) больных установлены положительные результаты, у 23 (8,2%) - отрицательные. В первой контрольной группе после аутопластики у 80% больных; отмечались положительные результаты, у 20% пациентов - отрицательные. Во второй основной группе из 253 больных у 240 (94,8%) установлен положительный результат, у 13 (5,2%) пациентов - отрицательные результаты.

Заключение. Применение консервированных ксенотрансплантатов на основе 0,5% раствора формалина, флавоноида 0,01% и гентамицина после костнопластических операций при костных новообразованиях и опухолеподобных процессах скелета является полноценным материалом.

¹Нуьмонова А.Б., ²Солиев Ф.Г., ²Камолов Д.Ш.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИССЕМНИРОВАННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оценить показатели качества жизни у больных диссеминированным раком молочной железы, получавших гормонотерапию.

Материал и методы исследования. Проводили наблюдение за 60 пациентками с верифицированным диагнозом диссеминированного рака молочной железы (ДРМЖ) с генерализацией процесса в печень, кости скелет, плевру, получавших паллиативные курсы химиотерапии с января 2015 по январь 2018 гг. Средний возраст больных составил 48,9 лет. В ходе исследования все пациентки были распределены на три возрастные категории: от 40 до 49 лет (n=21), от 50 до 59 лет (n=19), от 60 лет и старше (n=20).

Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от получаемого препарата. В качестве гормонотерапии (ГТ) первой линии 31 пациентке был назначен тамоксифен по 20 мг в стандартных дозовых режимах, ежедневно в течение трёх лет. Во второй группе - 29 пациенток - в качестве первой линии ГТ использовали ингибиторы ароматазы: летрозол – 2,5 мг или ремифаст – 2,5 мг ежедневно также в течение двух лет.

КЖ пациенток оценивалось по шкале EORTC-QLC-C30 (version 3,0).

Результаты и их обсуждение. Относительное увеличение показателей качества жизни больных при гормонотерапии тамоксифеном в возрасте 40-49 лет составило 22,4% (n=12); в возрасте 50-59 лет - 20,7% (n=10), а в 60 лет и старше - 1% (n=9). При гормонотерапии ингибиторами ароматазы в возрасте 40-49 лет составило 28,7% (n=9); в 50-59 лет - 29,1% (n=9); в 60 лет и старше - 31,5% (n=11). Полученные данные показали, что у женщин в постменопаузе в возрасте до 60 лет назначение препарата тамоксифен в качестве гормонотерапии (ГТ) первой линии вполне оправдано, т.к. относительное увеличение КЖ у этой группы больных достигает 22,4%; 20,7%. Для пациенток 60 лет и старше назначение тамоксифена в качестве ГТ первой линии нецелесообразно, т.к. относительное увеличение показателя КЖ не превышает 14,2%. Кроме того, полученный результат уступает показателю, зарегистрированному в группе больных ДРМЖ 60 лет и старше, получающих ингибиторы ароматазы, который составил 31,5%.

Заключение. Гормонотерапия у больных с ДРМЖ достоверно улучшает параметры КЖ пациенток. В группе больных ДРМЖ старше 60 лет препаратами выбора являются ингибиторы ароматазы.

¹Орифов Б.М., ²Косимов З.Х., ²Вахобов А., ²Хамидов Д.Б.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

¹Согдийский областной онкологический центр, г. Худжанда

²Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение состояния системы гемостаза у больных с онкологическими заболеваниями.

Материал и методы исследования. У 20 больных с онкологическими заболеваниями, перенесших Covid-19, находящихся в СООД г. Худжанда, исследовано состояние гемостаза с помощью следующих тестов: время свертывания крови по Ли-Уайту (ВСК), активированное частичное тромбопластиновое (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), протромбиновое время (ПВ), содержание фибриногена (Ф), анти-тромбин-III (АТ), уровень гематокрита (Ht) и количество тромбоцитов. Контрольную

группу составили аналогичным путем исследованные 20 здоровых доноров.

Результаты и их обсуждение. Результаты наших исследований показали, что у больных с онкологическими заболеваниями, перенесшими Covid-19, имеет место укорочение хронометрических показателей гемостаза. При этом время свертывания крови по Ли-Уайту сократилось на 48,4%, ТВ - на 20%, МНО - на 13%, АЧТВ - на 47,5%, по сравнению с результатами контрольной группы. Структурный показатель гемостаза - содержание фибриногена - повысилось на 55,8%, анти-тромбина-III - тест, характеризующий антикоагулянтную систему, снизился

на 64,2%, по сравнению с показателями контрольной группы. Гематокрит и количество тромбоцитов соответственно снизились на 16,2% и 30,3% у больных с онкологическими заболеваниями, перенесшими Covid-19, по сравнению с результатами контрольной группы.

Заключение. У больных с онкологическими заболеваниями, перенесших Covid-19, со стороны показателей гемостаза отмечается гиперкоагуляция с угнетением антикоагулянтной системы. Данные нарушения представляют тромбоопасность, что необходимо учитывать при лечении данной категории больных.

*Очилзода А.А., Мавлянова З.Р., Оламджонова Н.М.,
Хасанова Ш.А., Шарипов С.Е.*

ИГРОВАЯ АУДИОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУГОУХОСТИ НА ПОЧВЕ РОДСТВЕННОГО БРАКА У ДЕТЕЙ

Согдийская областная клиническая больница имени С. Кутфитдинова, г. Худжанд

Цель исследования. Изучить состояние слухового анализатора у детей с тугоухостью, обусловленной родственно-брачным фактором, для определения тактики лечения и реабилитации.

Материал и методы исследования. Нами в условиях Городского Центра здоровья г. Худжанда в течение 2011 - 2016 гг. обследовано 118 детей с тугоухостью, обусловленной влиянием родственно-брачного фактора, в том числе 66 (55,9%) детей в возрасте от 6 до 14 лет, мальчиков – 36 (30,5%), девочек – 20 (16,9%), и 62 (52,5%) ребенка младшего возраста (3-5 лет).

Всем детям в возрасте от 6 до 14 лет мы проводили полное аудиологическое исследование: исследования слуха шепотной и разговорной речью; камертоновые исследования; тональную пороговую, речевую аудиометрию; надпороговую аудиометрию (определения порогов слухового дискомфорта, индекса приращения интенсивностей - ИПИ или SiSi-тест); определение дифференциального порога силы звука по Люшеру, определение порогов дискомфорта; определение порога слуховой чувствительности к ультразвукам и нижней границы воспринимаемых частот по Б.М. Сагаловичу (1978).

Для исследования слуховой функции детям младшего возраста (3-5 лет) применяли модифицированную методику игровой тональной пороговой аудиометрии по предложенной нами методике (1989).

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенной тональной пороговой аудиометрии из 118 детей у 34 (28,8%) на аудиограмме были выявлены: горизонтальная кривая аудиограммы, у 68 (57,6%) – горизон-

тально-нисходящая, у 16 (13,5%) - обрывистая конфигурация кривой аудиограммы. При этом оказалось, что у подавляющего большинства обследованных тугоухих детей (у 68 из 118) определялась горизонтально-нисходящая конфигурация кривой аудиограммы. Аудиограммы при этом напоминают картину сенсоневральной тугоухости.

Все дети по условной аудиологической классификации в зависимости от конфигурации кривой аудиограмм были распределены на 3 группы. В соответствии с этим, 54 (36%) ребенка, кривая аудиограммы которых имела горизонтальную конфигурацию, были отнесены к первой группе, 64 (42,6%) с горизонтально-нисходящей конфигурацией кривой аудиограммы как по костной, так и по воздушной проводимости, с отсутствием костно-воздушного интервала - ко второй группе, 32 (21,3%) с обрывистой конфигурацией кривой аудиограммы как по костной, так и по воздушной проводимости, с отсутствием костно-воздушного интервала - к третьей группе. При этом состояние слуха у родителей всех обследованных детей было в пределах нормы.

Заключение. Полученные результаты аудиологических методов исследования тугоухости у детей, обусловленной близкородственным браком родителей, выявлено, что нарушения слуха у них, по всей вероятности, были связаны с поражением звукопроводящей системы внутриулиткового характера, что дает возможность определению методов реабилитации. Результаты наших исследований совпадают с выводами других авторов о возможных причинах стойких нарушения слуха у детей и взрослых детей с тугоухостью на почве родственных браков.

Рабиев Х.М., Сироджов К.Х., Сироджода М.С.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Усовершенствование тактики патогенетического и хирургического подхода при переломах шейки бедренной кости у больных сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты артропластики тазобедренного сустава у 57 пациентов с сахарным диабетом. Из них мужчины составили 31 (54,4%), женщины – 26 (45,6%). Возраст больных от 47 до 72 года (средний возраст – 58,9 лет).

С учетом длительности сахарного диабета больным разделили следующим образом: 5 лет стаж сахарного диабета у 18, до 10 лет – у 20, до 15 лет – у 12, до 20 лет – у 7 больных.

Согласно классификации сахарного диабета по ВОЗ (1999), среди исследуемых сахарный диабет 1-го типа выявлен у 27, 2-го типа – у 30 больных. По тяжести: лёгкое течение сахарного диабета имело место у 13 пациентов, средней степени тяжести – у 27, тяжелое течение – у 17 больных.

С целью определения эффективности лечения больных разделили на 2 группы. Первая, основная, группа (n=31) с переломом шейки бедра, вторая, контрольная, (n=26) с дистрофическими процессами головки бедра.

Критерием включения больных были переломы шейки бедра и дистрофические процессы травматического генеза на фоне сахарного диабета с клинической и рентгенологической картиной.

Кроме стандартных лабораторных исследований для определения компенсации углеводного обмена всем больным исследовали кровь на гликированный гемоглобин. Функциональные результаты тазобедренного сустава в послеоперационном периоде оценены по системе оценки по модифицированной шкале Harris Hip Score (1969).

Результаты и их обсуждение. Первичная артропластика тазобедренного сустава по поводу перелома шейки бедра выполнена у 36, последствий травмы проксимально-

го конца бедра – у 21 пациента. Больным с переломами шейки бедра операция выполнена на 2-3-и сутки посттравматического периода на фоне коррекции углеводного обмена и допустимой градация уровня гликированного гемоглобина HbA1c 8–9% (68–75 ммоль/моль).

Результаты исследования показывают, что компенсированная форма сахарного диабета, то есть уровень гликированного гемоглобина HbA1c < 7,0, в сравниваемых группах составляет 61,3% и 57,7%, стадия субкомпенсации отмечено в 38,7% и 42,3% случаев. Стадия субкомпенсации чаще наблюдается у пациентов с сахарным диабетом I типа, у которых коррекция углеводного обмена проводится нерегулярно.

Результаты лечения были оценены у всех 57 пациентов. Средний срок наблюдения составил 6 месяцев. Наибольшее количество отличных и хороших функциональных исходов были у пациентов основной группы: 25,8% и 35,5%. В контрольной группе указанные результаты отмечены у 23,1% и 34,6% больных.

Поверхностная инфекция кожи, подкожно-жировой клетчатки была зарегистрирована соответственно у 3 (9,7%) и 5 (19,2%) пациентов, ранняя послеоперационная гематома – у 4 (12,9) и 4 (15,3). Тромбоз глубоких вен конечностей развилась соответственно у 2 (6,4%) и 3 (11,5%) пациентов. Указанные осложнения чаще отмечены среди больных, у которых уровень гликированного гемоглобина HbA1c натошак составляет выше 7,5%.

Заключение. Эндопротезирование тазобедренного сустава при травмах проксимального конца бедренной кости является самым эффективным и инновационным способом лечения. Однако на фоне сахарного диабета частота развития послеоперационных осложнений высока. Но при условии тщательного предоперационного планирования и подготовки пациента избежать таких осложнений представляется возможным.

¹Раджабова Г.К., ²Ашурова Г.Н., ³Одинаева Г.Ш.,
³Зарипова З., ²Махмадов Ф.И.

ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ И МАТКИ

¹Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

³ГУ «Медицинский комплекс "Истиклол"»

Цель исследования. Определить преимущества видеолaparоскопии при сочетанной патологии яичников и матки.

Материал и методы исследования. Исследование основано на анализе 79 женщин, имеющих различную сочетанную патологию яичников и матки. Возраст женщин составлял от 19 до 56 лет.

Всем пациенткам проводили УЗ-сканирование органов малого таза, диагностическую и хирургическую гистероскопию и видеолaparоскопию. При необходимости по показаниям выполнялось исследование опухолевого маркера СА 125 и магнитно-резонансная томография органов малого таза. Гистероскопия производилась под общей анестезией с использованием аппаратуры и набора инструментов фирмы «Karl Storz». Всем больным произведены видеолaparоскопические вмешательства.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе обследования целенаправленно исключали наличие внутриматочной патологии на основании проведения ультрасонографии органов малого таза и офисной гистероскопии с аспирационной биопсией эндометрия. Результаты исследования показали, что из 79 женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников 81,0% (n=64) имели патологию матки, в том числе патологию миометрия, эндометрия или эндоцервикса, а, следовательно, и внутриматочную патологию в виде увеличенной полости матки, нарушения рельефа стенок полости матки, полипов и подслизистых узлов. Из них доброкачественные опухоли яичников сочетались с патологией матки у 77,2% (n=61) пациенток, а опухолевидные образования яичников – у 3,8% (n=3) больных.

Объем оперативного вмешательства преимущественно ограничивался вмешательствами на придатках матки. В 21

(26,6%) наблюдении женщины имели односторонние и двухсторонние образования яичников размерами от 4,4 до 8,6 см в диаметре и субсерозные миомы тела матки. При этом операции носили характер вылущения кист и различные варианты резекции яичников в сочетании с миомэктомией. При выявлении патологии эндометрия (гиперплазия эндометрия) во время видеолaparоскопии с диагностической и лечебной целями выполнялись гистероскопия с выскабливанием эндометрия и эндоцервикса. У женщин, имевших патологию эндометрия и эндоцервикса, субмукозную миому матки, одномоментно были произведены такие внутриматочные вмешательства, как гистероскопия, полипэктомия, выскабливание эндометрия и удаление субмукозного узла. А также 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. А при окклюзии маточной трубы в 3 (3,8%) наблюдениях контраст окрашивал всю полость матки и не проходил в устье маточной трубы, что подтверждало наличие трубно-перитонеального бесплодия. Каких-либо послеоперационных осложнений от проведенных видеолaparоскопических вмешательств и гистероскопий не отмечено.

Заключение. Видеолaparоскопия при сочетанной патологии яичников и матки имеет значительные преимущества. При этом можно произвести комплекс консервативных мероприятий с решением вопроса об органосохраняющем объеме оперативного лечения с применением новых малоинвазивных технологий.

¹Раджабова Г.К., ²Ашурова Г.Н., ³Султонова Д.М.,
³Зарипова З., ²Махмадов Ф.И.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ МАТКИ, СОПУТСТВУЮЩИХ СИНЕХИЯМ, У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

¹Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

³ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения полипов матки, сопутствующих синехиям, у женщин детородного возраста с применением разработанного малоинвазивного способа.

Материал и методы исследования. На базе отделения гинекологии ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”» проведено малоинвазивное лечение 32 женщин детородного возраста с диагнозом «Полип матки, сопутствующий синехиям». Все женщины были госпитализированы в плановом порядке, после соответствующей комплексной диагностики, с подтвержденным полипом и сопутствующими синехиями. Наряду с УЗ-сканированием органов малого таза всем пациенткам проведены диагностическая и хирургическая гистероскопия и видеолапароскопия. Гистероскопия производилась под общей анестезией с использованием аппаратуры и набора инструментов фирмы «Karl Storz».

Результаты и их обсуждение. Сущность разработанного способа заключалась в том, что при общем обезболивании на операционном столе без предварительного введения влагалищных зеркал и наложения пулевых щипцов на шейку матки гистероскоп Karl Storz вводится во влагалище при подаче физиологического раствора. Следует отметить, что внутриматочное давление должно устанавливаться в пределах 25-40 мм рт. ст. со скоростью подачи жидкости в полость матки 200-350 мл/мин.

По достижению внутреннего зева, с целью уменьшения болевых ощущений гистероскоп поворачивается, чтобы его продольная ось совпадала с поперечной осью маточного зева. Последующие этапы введения гистероскопа в полость матки и цервикального канала не отличались от традиционной методики гистероскопии. Во время гистероскопии осуществляется осмотр стенок полости

матки, оценивается состояние эндометрия, слизистой цервикального канала и устьев маточных труб. Метод полипэктомии выбирается с учетом таких критериев, как размер, консистенция и выраженность ножки полипа. При преобладании в полипе фиброзного компонента используется биполярный электрод, в то время как железистые полипы можно удалить с помощью механических инструментов.

В зависимости от характера сращений синехиолизис у женщин выбран индивидуально, как острым путем, так и с применением биполярной коагуляции. В 7 (21,8%) наблюдениях при синехиях III-IV степеней из-за отсутствия четких анатомических ориентиров и высокого риска перфорации матки синехиолизис производился под обязательным УЗ-контролем, что в значительной степени снижало риск интраоперационных осложнений.

Каких-либо послеоперационных осложнений у исследуемых женщин не было отмечено.

Заключение. Предложенная методика, являясь малоинвазивной, позволяет исключить необходимость введения влагалищного зеркала и фиксировать шейку матки пулевыми щипцами. При этом нет необходимости в дилатации цервикального канала, что позволяет избежать стимуляции болевых рецепторов, что неизбежно при проведении «традиционной» гистероскопии. Одномоментно метод может способствовать уменьшению риска рецидива синехий и, тем самым, высокой вероятности беременности после проведенного вмешательства с дополнительной противорецидивной гормонотерапией. Вместе с тем, имеется возможность повторных исследований в динамике для решения дальнейшей тактики введения женщин детородного возраста.

Расулов Н.А., Кандаков О.К., Рахимова С.У.,
Фарзонаи Иброхим, Давлатов Б., Бозоров М.А.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ "Городской центр скорой медицинской помощи"

Цель исследования. Изучить возможности применения современных методов исследования в диагностике хирургической патологии у больных, перенесших COVID-19.

Материал и методы исследования. В период пандемии под нашим наблюдением находились 25 больных, госпитализированных с хирургической патологией, перенесших COVID-19, в ГУ ГЦСМП г. Душанбе с июня по декабрь 2020 года. Из них 8 были с острым аппендицитом, 6 - с острым холециститом, 5 - с перфорацией желудка, 3 - с кишечной непроходимостью, 1 - с рецидивной грыжей и 2 - с панкреонекрозом.

Женщин было 10, мужчин - 15. Возраст пациентов варьировал от 25 до 75 лет. У 15 больных наблюдалась сопутствующая патология, такая как ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет, панкреатит, холецистит, язва желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, мочекаменная болезнь.

Исходя из анамнеза, нами были использованы следующие методы исследования: клинично-лабораторные, ультразвуковое исследование, цифровой рентген легкого, КТ легкого, лапароскопия, цитология, бактериология, тесты на COVID-19 и тесты определения антител, Д-димера, С-реактивного белка.

Результаты и их обсуждение. У больных при обследовании были выявлены снижение уровня гемоглобина, общего белка, повышение СОЭ, уровня глюкозы в крови, у некоторых АлАт и АсАт, С-реактивного белка, Д-димера, значительные изменения в коагулограмме, положительные тест на наличие антител к COVID-19. С помощью УЗИ мы, в основном, диагностировали хирургическую патологию.

У больных при рентгеноскопии грудной клетки у 11 (44%) выявлен хронический бронхит, у 7 (28%) - прикорневая пневмо-

ния в стадии ремиссии, у 6 (24%) - фиброзные изменения в легких и у 1 (4%) - возрастные изменения.

КТ проводили 13 больным, у 7 пациентов было выявлено прикорневое поражение обеих легких. У 6 больных на КТ отмечено четкое процентное поражение легких, наличие симптома «матового стекла», явное фиброзное разрастание ткани легкого, также у некоторых больных наблюдалось незначительное скопление жидкости в плевральной полости.

Всем поступившим был проведен тест на определение и наличие антител к COVID-19. У 14 больных было выявлено наличие антител к COVID-19.

Всем пациентам было проведено оперативное лечение с учетом сопутствующей патологии. В послеоперационном периоде было проведено симптоматическое комплексное лечение: антикоагулянтная, противовирусная и дезинтоксикационная терапия, а также оксигенотерапия и лазеротерапия, в зависимости от сопутствующей патологии и симптомов остаточных явлений перенесенного COVID-19. Все больные в удовлетворительном состоянии были выписаны на амбулаторное наблюдение. Летальных исходов не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, у хирургических больных, перенесших COVID-19, в до- или послеоперационном периодах необходимо проводить тщательный сбор анамнеза, а также все клинично-лабораторные методы исследования, рентгенографию грудной клетки. При выявлении незначительной патологии дыхательной системы обязательно КТ-исследование грудной клетки. КТ является высокоинформативным методом для выявления острого поражения и остаточных явлений COVID-19. Своевременная и достоверная диагностика способствует правильному и эффективному лечению хирургических больных, перенесших COVID-19.

Расулов С.Р.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ ТИМОМ СРЕДОСТЕНИЯ

Кафедра онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Анализ заболеваемости тимомой средостения и результатов лечения больных, обратившихся в торакоабдоминальное отделение ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗНРТ.

Материал и методы исследования. В период с 2018 по 2021 гг. под наблюдением находились 6 больных с тимомой средостения в возрасте от 40 до 70 лет, средний возраст - 53 года. Из 6 больных мужчин было 2, женщин – 4. Соотношение женщин и мужчин составило 2:1.

У всех пациентов имела место злокачественная тимома. По степени распространения больные имели II стадию – 1 (16,7%), III стадию – 1 (16,7%), IV стадию – 4 (66,6%).

Всем больным в плане установки диагноза, наряду с клиническим осмотром и общеклиническими анализами, произведены рентгенологическое исследование грудной клетки, КТ грудной клетки и трансторакальная пункция опухоли средостения.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что тимомы составили 24% от всех опухолей средостения. При обращении все больные с тимомой средостения жаловались на боли в грудной клетки и общую слабость (100%), затруднённое дыхание отмечали 4 (66,7%), на сухой кашель жаловались 2 (33,3%) больных, мышечную слабость отмечали 2 (33,3%) и птоз века справа отметила 1 (16,7%) больная. Таким образом, явления миастении составили 33,3%. Во всех случаях трансторакальной пункции опухоли цитологически выявлены эритроциты, лимфоциты и фиброциты. Атипичные клетки ни в одном случае не выявлены, что свидетельствует о недостаточном материале при тонкоигльной пункции опухоли тимуса.

По данным КТ, у всех больных опухоль располагалась в верхнем средостении, с инвазией в

перикард и клетчатку средостения - у 1 (16,7%) больной, с инвазией в аорту - у 2 (33,3%) больных, с наличием конгломерата лимфоузлов - у 4 (66,6%) больных, у одного из них с наличием множественно узловых образований на поверхности плевры слева.

Оперативному лечению подвергались 4 (66,7%) больных. У 3 больных произведено радикальное удаление опухоли, у 1 больного в связи с инвазией опухоли в восходящую аорту произведено субтотальное удаление опухоли с резекцией перикарда и париетальной плевры слева. В данном случае, при морфологическом подтверждении характера опухоли, показано проведение неоадьювантных курсов химиотерапии, а затем - оперативного вмешательства. Двум больным в послеоперационном периоде назначены адьювантные курсы полихимиотерапии. Самостоятельную химиотерапию получали 2 (33,3%) больных, опухоль у которых не подлежала радикальному оперативному вмешательству.

Заключение. Тимомы средостения составили 24% среди других опухолей. Ведущими методами визуализации тимом средостения являются данные рентгенологических и МРТ исследований.

Тактика лечения выбирается, исходя из степени распространения опухолевого процесса и взаимоотношений с соседними анатомическими структурами и органами. Хирургическое лечение тимом средостения является ведущим методом и применялось у 66,7% больных. При III и IV стадиях злокачественной тимомы показана неоадьювантная полихимиотерапии с последующим оперативным лечением. В послеоперационном периоде при обнаружении инвазии опухоли в окружающие ткани и органы рекомендуем лучевое воздействие на зону опухоли.

^{1,2}Рахимов Д.А., ²Бобоев Ш.С., ²Рахими Ш.Д., ²Джураев Х.И.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ СИЛАКСЕТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» МЗиСЗН РТ

²Урологическое отделение Б. Гафуровской ЦРБ, г. Худжанд

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности фармакотерапии с применением комбинированного препарата «Силаксетин».

Материал и методы исследования. Исследование проведено 84 мужчинам в возрасте 20-69 лет, медиана – $39,3 \pm 17,5$ лет. В исследование входил сбор жалоб на неудовлетворительный половой акт.

Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа 20 (23,8%) мужчин, которые получали стимулирующие растительные препараты и биоактивные добавки для улучшения половой функции.

Вторая группа - 64 (76,2%) пациента - принимающие только комбинированный препарат «Силаксетин», в основе которого лежит селективный ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5) и селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Лечение продолжалось до 3 месяцев. Контрольное исследование проводилось через 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Основу препарата «Силаксетин» составляют силденафила цитрат 100 мг и дапоксетин 60 мг. Силденафила цитрат отвечает за кровоток

и расслабление мышц пениса, тем самым увеличивая приток крови к пенису и вообще малому тазу. Дапоксетин способствует стойкой и длительной эрекции за счет блокирования нервных окончаний селективным ингибитором серотонина.

В первой группе пациентов 11 (55%) мужчин отмечали положительный эффект до 2-3 месяцев от приёма растительных стимуляторов, у 7 (35%) мужчин эффективность длилась до 1 месяца, у 2-их (10%) положительной динамики не отмечено.

Во второй группе у 44 (68,6%) пациентов, которые постоянно принимали силаксетин, результат был превосходным в течение года, как отмечали сами пациенты, у 20 (31,3%) человек, принимавших препарат эпизодически, результат оценен как относительно удовлетворительный. Пациенты второй группы оценивают сексуальную деятельность положительно, а качество жизни отличным.

Заключение. Правильный подход, длительность лечения и комбинация препаратов положительно влияют на сексуальную функцию и повышают уровень качества жизни мужчин.

¹Рузиев Ш.И., ²Мухаммадиев Ф.Н., ²Нурисломов А.Ф.,
¹Абидов Х.А., ¹Шокирова Ч.Т.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА РУБЦОВ НА ЛИЦЕ

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

²Термезский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

Цель исследования. Разработка алгоритма судебно-медицинской диагностики давности образования повреждений на основе морфологических свойств рубцов кожи лица с использованием новейших технологий.

Материал и методы исследования. В ходе исследования проанализированы результаты судебно-медицинской экспертизы 25 случаев с наблюдением кожных рубцов на лице. Для сравнительного анализа было взято 16 рубцов разного возраста и механизма образования на теле. Была проведена судебно-медицинская оценка, анализ цифровой фотографии, ультразвуковое исследование (размер, плотность, эхогенность) кожных рубцов на теле.

Результаты и их обсуждение. Исследование рубцов кожи при помощи ультрафиолетовых лучей основано на том факте, что разные ткани имеют разную окраску при свечении. Рубцы в возрасте до 1 месяца имеют розоватый, позже - красноватый, с голубоватым оттенком окрас, мягкие по плотности, ровные и хрустящие по характеру. Рубцы в возрасте от 1 до 2 месяцев имеют красноватый, с различными оттенками пурпурного, обычно темно-фиолетовый окрас, плотные, выпуклые, маленькие и подвижные по характеру.

Заключение. Цифровая фотография, сделанная с использованием шкалы и эталона цвета, позволяет в экспертной

практике оценить возраст и механизм образования нормотрофического рубца на коже. Этот метод позволяет зафиксировать эхографический снимок рубца и сохранить

в цифровом формате полученные на момент исследования значения эхогенности для его последующей судебно-медицинской оценки.

Рузиев Ш.И., Соибов Х.М., Абидова М.Д., Шокирова Ч.Т.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПОЛУЧЕННОЙ ОТ ПРИВОДЯЩИХ К СМЕРТИ ТРАВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Разработать алгоритм определения давности черепно-мозговой травмы в судебно-медицинской практике.

Материал и методы исследования. Объектом исследования стали 50 экспертных случаев единичных и сочетанных с другими повреждениями черепно-мозговой травмы.

Для решения поставленных задач были использованы морфологические, гистологические и статистические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. В случаях мгновенной смерти после травмы головы, реже на месте удара, чаще на месте повреждения определялись едва заметные очаги сине-фиолетового цвета, которые часто сочетались с мелкими точечными кровоизлияниями. Отмечены также очаговые субарахноидальные кровоизлияния.

При смертельном исходе через 10-40 минут после получения травмы очаги ушибов

ткани имели темно-красный цвет, при более тщательном обследовании выяснилось, что они образовались за счет слияния мелких кровоизлияний. В основном, они располагались на гребнях, а иногда и глубоко в бороздах. Они были одиночными (42,14%) или множественными (17,14%) и разного размера. В некоторых случаях уже выявляются признаки перифокального, а иногда и общего отека головного мозга.

Заключение. Разработка единых протоколов клинических испытаний, диагностики, лечения и прогноза травм головы, стандарта лечения, единого диагностического алгоритма, несомненно, будет способствовать значительному снижению смертности от травм головы и разработке единого набора экспертов. Критерии оценки смертельных травм головы позволят избежать ряда ошибок и назначений повторных судебно-медицинских экспертиз при таких травмах.

Рузиев Ш.И., Шамсиев А.Я., Абидова М.Д., Рузиева Ш.С.

ЗНАЧЕНИЕ ДЕРМАТОГЛИФИКИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКЕ ЛИЦ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности некоторых показателей у несовершеннолетних лиц с суицидальным поведением на основе ладонно-пальцевых показателей дерматоглифики.

Материал и методы лечения. Проведено изучение отпечатков кожных узоров пальцев рук лиц, погибших (по данным следствия) от самоубийств. В исследование были включены 26 неопознанных трупов несовершенно-

нолетних от 13 до 17 лет в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре судебно-медицинской экспертизы. Контрольную группу составили 50 студентов ТашПМИ в возрасте от 19 до 23 лет. Отпечатки были получены при помощи бескрасочных методов.

Результаты и их обсуждение. Изучение описательных признаков дерматоглифики пальцев рук показало значительное отличие строения гребешковой кожи самоубийц от контрольной группы. 20 (76,9%) трупов принадлежали лицам мужского пола и лишь 6 (23,1%) - лицам женского пола. Как видно из данных исследования, только у женщин на дистальных фалангах и правой, и левой рук наиболее часто встречались дуговые узоры

(А) – 2 (33,3%) на правой руке и 1 (16,7%) на левой, наиболее распространёнными оказались ложнопетлевые дуги А2 - по 2 (33,3%) на обеих руках и однопетлеобразные дуги А4 - также по 2 (33,3%) на обеих руках, а также петлеclubочные завитки – W6 - 2 (33,3%) на правой руке и 1 (16,7%) на левой, у мужчин эти узоры не встречались.

Заключение. В результате исследования установлена взаимосвязь между дерматоглификой кисти и конституциональными, физическими и внешнеопознавательными признаками у лиц мужского и женского пола. Выявленная связь продемонстрировала диагностические идентификационные возможности установления личности.

Саадулаев Р.И., Тулюбаев И.Н., Крикунов Д.Ю., Акимов В.П.

МЕСТО И ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Демонстрация возможности применения видеолaparоскопии у пациентов с ущемленными паховыми грыжами

Материал и методы исследования. В когортное ретроспективное исследование были включены 108 пациентов с ущемленными паховыми грыжами, прооперированные на базе кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского, в период с 2014 по 2020 гг., которым первым этапом оперативного лечения выполнена диагностическая лапароскопия.

В ходе проведения эндовидеохирургической оценки жизнеспособности кишки обращали внимание на изменения цвета кишки, состояние грыжевого мешка и характер «грыжевой воды», пульсацию краевых сосудов и перистальтическую активность кишки, светоотражающие свойства брюшины.

Результаты и их обсуждение. В 76 наблюдениях было отмечено самопроизвольное вправление кишки за счет релаксации мышц во время введения в наркоз

и при создании карбоксиперитонеума. В 14 случаях удалось добиться вправления путем повышения уровня давления газа в брюшной полости до 16–20 мм рт.ст. на 10–60 сек. Без рассечения ущемляющего кольца удалось добиться вправления в 93,6%. При рассечении ущемляющего кольца удалось добиться вправления еще в 18 случаях. Давность ущемления к моменту оперативного вмешательства в среднем составила $5 \pm 1,5$ часа.

В ходе диагностической лапароскопии было установлено, что ущемленным органом в 8 случаях была подвздошная кишка, в 10 случаях - сигмовидная, в 44 случаях - петля тонкой кишки с сальником, изолировано ущемление сальника отмечено в 46 наблюдениях.

Признаками разрешившегося ущемления внутренних органов были локальные изменения окраски и консистенции органа, зачастую определялась странгуляционная борозда. При ущемлении сальника он был отечен, уплотнен, с множественными кровоизлияниями и гиперемией. За счет

венозного застоя и некротических изменений кишка имела более темный вид, от красно- или вишнево-синюшного до серовато-бурого.

Некроз вправившейся кишки был отмечен в 2-х случаях, после чего оперативное вмешательство было завершено путем лапароскопически-ассистированной резекции кишки.

В связи с трудностями интраоперационного определения жизнеспособности в 10 наблюдениях было решено выполнить релапароскопию через 7-13 часов, в ходе которой жизнеспособность не подвергалась сомнениям. Лапароскопическая герниопластика с применением имплантата была выполнена 96 пациентам (88,89%).

Заключение. Применение лапароскопии при ущемленных паховых грыжах позволяет полноценно произвести ревизию брюшной полости, предотвратить пропуск ущемления и определить жизнеспособность кишки после вправления грыжи.

По данным проведенного исследования, можно сделать вывод, что применение эндовидеохирургии в диагностике и лечении ущемленных грыж безопасно и её следует рекомендовать при условии отсутствия симптомов перитонита, ОКН и флегмоны грыжевого мешка. При отсутствии воспалительных изменений в брюшной полости и грыжевом мешке целесообразно выполнять закрытие грыжевых ворот имплантатом.

¹Сангинов Д.Р., ²Зоиров Р., ²Мафтунаи М.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЯХ

¹ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибн Сино"

²ГУ "Республиканский онкологический научный центр" МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучение особенностей диагностики и лечения неорганных забрюшинных опухолей.

Материал и методы исследования. На базе онкопроктоурологического отделения РОНЦ с 2018 по 2020 гг. было проведено лечение 23 пациентов, из которых 12 мужчин, 11 женщин. Возраст больных варьировал от 27 до 77 лет. Пик заболеваемости приходился на 40 - 55 лет. Давность заболевания составляла: до 1 мес - 5 пациентов, до 6 мес - 10 пациентов, и более 1 года - 8 больных.

Клинически у 20 больных пальпировались опухоли различной консистенции, плотности и болезненности. Диагнозы при направлении у 15 пациентов были "забрюшинная опухоль", у 6 больных - "опухоль малого таза" и у 2 - "лимфосаркома забрюшинных лимфоузлов".

Всем больным проведено УЗИ, 18 - компьютерная томография и 5 - МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства.

Результаты и их обсуждение. Все поступившие подверглись оперативному

вмешательству, при этом 19 (82,6%) больным произведено радикальное удаление опухоли, у 4 (17,4%) операции ввиду нерезектабельности процесса (инвазия в соседние ткани и органы) завершились биопсией опухолей. По данным гистологического заключения, у 15 (65,2%) больных выявлена злокачественная опухоль (липо- и лейомиосаркома - по 5 больных, у 2 - мезенхимомы, тератобластома, ангиосаркома и фибробластома - по 1 случаю), а у 8 пациентов - доброкачественная опухоль (липому, синовиому и фиброму). С паллиативной и профилактической целью 8 больных получили адъювантную химиотерапию. Отдаленные результаты прослежены до 3 лет, при этом у 6 (26%) пациентов отмечены рецидивы опухолей.

Заключение. Предоперационная диагностика НЗО малоинформативна. Хирургическое вмешательство является эффективным методом лечения НЗО. Высоким остается риск рецидива злокачественных забрюшинных опухолей.

¹Сангинов Д.Р., ²Сатторов М.А., ²Камолов Д.Ш., ²Хасанзода М.

КРИТЕРИИ ОПТИМАЛЬНОГО РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ

¹ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Провести анализ оценки критериев риска резистентности с целью выявления больных с низким и высоким риском резистентности злокачественных трофобластических опухолей у женщин Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили данные о 118 пациентах, которым проведено лечение в Республиканском онкологическом научном центре РТ по поводу ЗТО в период 2016 – 2020 гг.

При оценке риска резистентности решающее значение придают девяти факторам риска, к которым относятся: возраст больной, исход беременности, предшествовавшей развитию ЗТО, время от последней нормальной менструации до начала специализированной терапии, исходный уровень экскреции ХГ, максимальный размер опухоли, локализация метастазов и их количество, предшествующий режим химиотерапии.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с этой шкалой мы выделили 2 группы больных: 1 группа – пациентки с низким риском (до 7 баллов); 2 группа – пациентки

с высоким риском резистентности (более 7 баллов). Низкий риск резистентности определен у 100 (84,7%) пациентов, высокий – у 18 (15,3%). Среднее количество баллов в исследуемой группе составило 5,6. У пациенток низкого риска резистентности – 5,05, высокого – 9,2.

В первой группе лечение всем пациенткам с низким риском развития резистентности опухоли начато с химиотерапии в режиме метотрексата, лейковарина (MTX/FA). Во второй группе проведенного исследования у 18 (15,2%) пациенток риск резистентности оценен как высокий. Эта группа исследована отдельно с целью выявления факторов, определяющих высокий риск резистентности опухоли и необходимость проведения полихимиотерапии (ЕМА-СО, МАС и МАР) в качестве первой линии лекарственного лечения.

Заключение. Выбор оптимальной схемы химиотерапии при ЗТО зависит от степени риска резистентности. Стандартные режимы химиотерапии I линии при низком (MTX/FA) и высоком (ЕМА – СО, МАС и МАР) рисках резистентности являются высоко-эффективными режимами.

¹Сангинов Д.Р., ²Саидов Х.М., ²Нажмиддинов А.Х., ²Мухиддинов У.Р.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ

¹ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Проанализировать эффективность методов диагностики и способов оперативного вмешательства при раке почки.

Материал и методы исследования. Подвергнуты анализу 66 больных, пролеченных в условиях онкоурологического отделения Республиканского онкологиче-

ского научного центра за период 2016-2018 гг. Возраст больных варьировал от 26 до 75 лет, мужчин было 32 (48,4%), женщин - 34 (51,6%). Длительность анамнеза составила до 3 месяцев – 17 больных, до 6 мес - 18, до 1 года – 22 и свыше 1 года - 9. У 78% больных выявлены сопутствующие заболевания, чаще всего встречались анемия

(24,2%), гипертоническая болезнь (18,1%), хронический холецистит (19,6%), сахарный диабет (10,6%). По стадиям заболевания у 31 (46,9%) больного отмечены T1-T2, у 27 (40,9%) - T3 и у 8 (12,1%) больных – T4. Для уточнения диагноза использованы УЗИ, экскреторная урография (у 26 больных) и КТ с внутривенным контрастированием, также 10 пациентам произведена трепанобиопсия.

Результаты и их обсуждение. У 2 больных выявлена опухоль почки размером 4 см, у одного - 6 см, у 28 - > 7 см, но ограничена почкой, у 27 больных опухоль врастала в почечные вены, околопочечную клетчатку в пределах фасции Герота, у 9 – опухоль распространялась за пределы фасции Герота, в брыжейку толстого кишечника с метастазами в печень и толстую кишку.

Открытая радикальная нефрэктомия произведена 47 (71,2%) пациентам, резекция почки - 2 (3,0%) больным. Также по показаниям больные получали иммунотерапию (интерферон альфа-2, интерлейкин-2), химио- и гормонотерапию.

При морфологическом исследовании светлоклеточная карцинома установлена у 53 (80,3%) больных, переходноклеточная аденокарцинома - у 1 (1,5%). Период наблюдения отдаленных результатов составлял до 3 лет, один больной умер, у 4 больных наблюдался рецидив заболевания.

Заключение. В анализируемой когорте больных с раком почки количество T3-T4-стадий сохраняется достаточно высоким – 53,3%. Хирургический метод лечения остается эффективным как при ранних, так и при местно-распространенных стадиях болезни.

Сафаров А.Х., Сирожев К.Х., Хамидов Д.Б., Косимов З.К., Холназаров Ш.Э.

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ТАЗА

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение оксидантного статуса у больных с сочетанной травмой таза.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 больных, в возрасте от 18 до 76 лет с сочетанной травмой таза.

Оксидантный статус изучен путем исследования уровней малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК) по методу И.Д. Стальной и соавт. (1977) и супероксиддисмутазы (СОД) по методу М.И. Карлюка, А.И. Ивановой и соавт. (1988).

Исследование проведено в 1-й, 3-й, 7-ой, и 14-й дни после поступления в травматологическое отделение ГKB № 3 на фоне комплексной интенсивной терапии.

Результаты и их обсуждение. Результаты наших исследований показали, что у больных с сочетанной травмой таза в первые сутки после поступления в отделение уровни агрессивных показателей ПОЛ - малонового диальдегида и диеновых конъюгатов (ДК) - соответственно увеличились на 34,5% ($p < 0,01$) и 20,8% ($p < 0,01$), а суммарного показателя антиоксидантной защиты организма – супе-

роксидисмутаза (СОД) - достоверно уменьшилось на 16,5% ($p < 0,001$), по сравнению с результатами контрольной группы.

На третьи сутки после поступления в отделение у больных с сочетанной травмой таза уровень МДА повысился на 17,5% ($p > 0,05$), ДК = на 12,5% ($p < 0,01$), СОД, наоборот, достоверно уменьшилась на 10,0% ($p < 0,01$), по сравнению с результатами контрольной группы.

На 7-е сутки нахождения в отделении у больных с сочетанной травмой таза повышение со стороны МДА и ДК соответственно на 11,0% и 4,1% было недостоверным, по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,05$). При этом со стороны суммарного показателя АОЗ организма, при сравнении с результатами контрольной группы, отмечена недостоверная разница 3,6% ($p > 0,05$). Следовательно, на 7-е сутки показатели ПОЛ и АОЗ у больных с сочетанной травмой таза приближаются к показателям контрольной группы.

На 14 сутки у обследуемой категории больных разница показателей ПОЛ и АОЗ,

по сравнению с нормой, практически исчезает.

Заключение. У больных с сочетанной травмой таза возникает оксидантный стресс, который выражается в виде повышения

показателей ПОЛ и снижения суммарной антиоксидантной защиты организма. На 7-е сутки на фоне комплексного лечения показатели приближаются к норме, а на 14-е - сутки нормализуются.

Сироджов К.Х., Рабиев Х.Х., Холов Д.И., Исупов Ш.А.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения переломов проксимального конца бедренной кости у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследований. Клинический материал основан на данных 69 больных с переломами проксимального отдела бедренной кости. Средний возраст составил 64 (от 49 до 83 года).

Исследуемых пациентов разделили на 2 группы, основную и контрольную. В основную группу вошли 37 (53,6%) больных, которым была произведена первичная артропластика в раннем посттравматическом периоде. В контрольную группу включено 32 (46,4%) больных, у которых лечение переломов проксимального конца бедренной кости проведено традиционно.

Кроме лабораторно-инструментальных методов исследования, для определения тяжести и характер перелома шейки бедра использовались классификация Garden (1961), а для оценки межвертельных переломов - классификация АО/ASIF (1993).

Оперативное вмешательство больным проводилось на 3-и – 7-е сутки посттравматического периода, в промежутках проводились диагностические методы исследования.

Функциональные результаты тазобедренного сустава в послеоперационном периоде оценены по системе оценки Харриса (1969).

Полученные в процессе исследования данные были обработаны с использованием программы Statistica for Windows (версия 6.0).

Результаты и их обсуждение. Эндопротезирование тазобедренного сустава у

пациентов основной группы способствовало за короткий промежуток времени восстановлению трудоспособности пациента. У больных двигательная активность после артропластики стала возможной на 2-3-е сутки с момента операции.

Хирургическое лечение переломов проксимального конца бедренной кости в контрольной группе заключалось в остеосинтезе шурупами, динамическим винтом, интрамедуллярной фиксации гамма-штифтом, а также пластинами. Мобилизация больных была возможна только на 30-35-е сутки с момента операции.

В динамике результаты лечения изучены у 61 (88,4%) пациента, сроки наблюдения - до 1 года после операции.

В отдаленном периоде результаты лечения согласно шкале Харриса у исследуемых пациентов были следующими: отличные (90-99 баллов) – у 83,8% пациентов основной группы, хорошие (80-89 баллов) соответственно у 13,5% и 65,6%, удовлетворительные результаты достигнуты соответственно в 2,7% и 21,8% случаях, и неудовлетворительные результаты (<70 баллов) лечения отмечены у 15,6% пациентов контрольной группы.

Наблюдались следующие ближайшие послеоперационные осложнения: пролежни крестцово-копчикового отдела соответственно - у 3 (8,1%) и 5 (15,6%), застойная пневмония - у 1 (2,7%) и 4 (12,5%), тромбофлебит сосудов голени - у 2 (5,4%) и 4 (12,5%) и венозная недостаточность – у 3 (8,1%) и 6 (18,5%) пациентов.

В динамике наблюдений отмечены следующие осложнения: дистрофические процессы - у 8 (25,0%), неправильно сросшийся

перелом – у 5 (15,6%), ложные суставы – у 5 (15,6%) пациентов контрольной группы. В основной группе в 2 (5,4%) случаях отмечались боли в области тазобедренного сустава при физической нагрузке.

Заключение. У больных пожилого и старческого возраста при переломах проксимального конца бедренной кости операцией выбора является первичная артропластика тазобедренного сустава.

Сироджов К.Х., Сафаров А.Х., Рабиев Х.Х., Бегов А.Х.

ПРЕИМУЩЕСТВА МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения нестабильных переломов дистального отдела бедренной кости у больных с сочетанной травмой.

Материал и методы исследований. Проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов диагностики и лечения 67 пациентов с сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата за период 2015-2019 гг. Для сравнительной оценки результатов лечения пациентов разделили на 2 группы: основную и контрольную. В основной группе были 32 (47,8%) пострадавших, у которых остеосинтез проводился малоинвазивным способом с использованием пластины угловой стабильности. Во вторую, контрольную, группу вошли 35 (52,2%) больных, у которых остеосинтез проводился традиционно.

Согласно проведенному анализу, в сравниваемых группах преобладают лица мужского пола (68,6%). В структуре травматизма преобладает дорожно-транспортный травматизм (49,2%).

Кроме антропометрических параметров и лабораторно-инструментального мониторинга, проводилась оценка тяжести травм и состояния больных, согласно существующим объективным шкалам.

Для определения тяжести перелома и выбора фиксатора основывались на классификации переломов по АО/ASIF (1993), при оценке тяжести травмы использовали шкалу ISS (Injury Severity Score, 1974).

Оптимальными сроками оперативного вмешательства, которых мы придерживаемся, согласно стадии травматической болезни, считаем первые 3-е суток с момента травмы. Отдаленные функциональные результаты лечения переломов конечностей оценивали

по стандартизированной шкале Маттис Э.Р. с соавт. (2008).

Результаты и их обсуждение. В нашем наблюдении чаще отмечаются простые переломы типа 33A1 - соответственно в 19 (59,3%) и 18 (51,4%) случаях, переломы типа 33A3 – в 7 (21,9%) и 8 (22,8%), переломы типа 33B2 – в 3 (9,4%) и 6 (17,1%) и типа 33C1 – в 3 (9,4%) и 3 (8,6%).

Окончательный остеосинтез пластиной с угловой стабильностью на 3-е сутки проведен у 11 (34,4%) пациентов, на 5-е сутки – у 12 (37,5%) и на 18-е сутки – у 9 (28,1%) пострадавших. В контрольной группе накостный остеосинтез произведен в 15 (42,9%) случаях, интрамедуллярный - в 2 (5,7%), лечение скелетным вытяжением произведено у 10 (28,6%) больных.

В ближайшем послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: нагноение ран - в 3,1% и 5,7% случаях, футлярный синдром – 9,3% и 11,4%, функциональная задержка мочи – в 6,2% и 5,7%, жировая гиперглобулемия - у 15,6% и 17,1% больных. Застойная пневмония развилась у 3,1% и 5,7% пациентов, восходящий пиелонефрит отмечен у 8,6% и остеомиелитический процесс наблюдался в 2,8% случаях у больных контрольной группы.

Отдаленные результаты лечения изучены у 57 (85,1%) пострадавших. Хорошие функциональные результаты (> 85 по Маттису) лечения переломов получены соответственно у 65,6% и 45,7%, удовлетворительные (71–85 баллов) - у 31,2% и 37,1%, неудовлетворительные (<70 баллов) – у 3,2% и 17,2% больных.

Заключение. Малоинвазивный остеосинтез при сочетанных нестабильных переломах дистального отдела бедренной кости способ-

ствует стабильной фиксации фрагментов, что способствует ранней мобилизации пациента, а в функциональном отношении также

позволяет ранние активные движения близлежащих суставов и способствует скорейшей реабилитации пострадавшего.

Сироджов К.Х., Набиев М.Т., Нурахмадов Ф.Г., Махмадалиев Б.Г.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К НЕСТАБИЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМАМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения нестабильного перелома бедренной кости в остром периоде у больных с сочетанной травмой.

Материал и методы исследований. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 72 пациентов с сочетанной травмой за период 2014-2018 гг. Для сравнительной оценки результатов лечения пациентов разделили на 2 группы: основную и контрольную. В основной группе 35 (48,6%) пострадавших, которых остеосинтез бедренной кости проводился малоинвазивным способом с использованием пластины угловой стабильности. Во вторую, контрольную, группу вошли 37 (51,4%) больных, у которых остеосинтез проводился традиционно.

Согласно проведенному анализу, в сравниваемых группах преобладают лица мужского пола (66,7%). В структуре травматизма преобладает дорожно-транспортный травматизм (51,4%) и падение с высоты (кататравма) (26,7%).

Кроме клинических параметров и лабораторно-инструментального мониторинга проводилась оценка тяжести травм и состояния больных, согласно существующим объективным шкалам.

Для определения характера перелома, выбора, объёма и сроков остеосинтеза основывались на классификации переломов по АО/ASIF (1993), для оценки тяжести и прогнозирования травмы использовали шкалу ISS (Injury Severity Score. 1974).

В оптимальные сроки для оперативного вмешательства, согласно стадии травматической болезни, т.е. первые 3-е суток с момента травмы, когда минимизируется процент ранних осложнений острого периода

травмы, были оперированы 48,6% пациентов основной группы.

Отдаленные функциональные результаты лечения переломов конечностей оценивали по стандартизированной шкале Маттис Э.Р. с соавт. (2008).

Результаты и их обсуждение. В нашем наблюдении чаще отмечаются простые переломы типа 33A1 - соответственно в 19 (54,3%) и 18 (48,7%) случаях, переломы типа 33A3 - в 7 (20%) и 8 (21,6%), переломы типа 33B2 - в 5 (14,3%) и 8 (21,6%) и типа 33C1 - в 4 (11,4%) и 3 (8,1%).

Окончательный остеосинтез пластиной с угловой стабильностью на 3-е сутки проведен у 17 (48,6%), на 5-е сутки - у 10 (28,6%) и на 18-е сутки - у 8 (22,8%) пострадавших. В контрольной группе накостный остеосинтез произведен в 17 (45,9%) случаях, интрамедулярный - в 5 (13,5%), лечение скелетным вытяжением произведено у 12 (32,4%) больных и в 3 (8,1%) случаях остеосинтез произведен с помощью стержневого аппарата.

В ближайшем послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: нагноение ран - в 2,9% и 5,4% случаях, фуллярный синдром - 5,7% и 10,8%, функциональная задержка мочи - в 8,6% и 8,1%, жировая гиперглобулемия - у 14,3% и 18,9% больных. Застойная пневмония развилась у 2,9% и 5,4% пациентов, восходящий пиелонефрит отмечен у 8,1% и остеомиелитический процесс - в 2,7% случаях у больных контрольной группы.

Отдаленные результаты лечения изучены у 63 (87,5%) пострадавших. Хорошие функциональные результаты (> 85 по Маттису) лечения переломов были отмечены соответственно у 60% и 40,5%, удовлетворительные (71-85 баллов) - у 34,3% и 46%, неудовлет-

ворительные (<70 баллов) – у 5,7% и 13,5% больных.

Заключение. Остеосинтез при нестабильных переломах дистального отдела бедренной кости у пострадавших с сочетанной

травмой с помощью пластины с угловой стабильностью является методом выбора, что позволяет в короткие сроки мобилизовать больного и минимизировать осложнения острого периода.

Сироджов К.Х., Рабиев Х.Х., Матлюбов Т.А., Набиев М.Х.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ НЕСТАБИЛЬНЫХ МЕЖВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УЧЁТОМ КОМОРБИДНОСТИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения нестабильного межвертельного перелома у больных пожилого возраста с учётом коморбидности.

Материал и методы исследований. Клинический материал основан на данных 63 пациентов с повреждениями проксимального отдела бедренной кости. Средний возраст составил 64 (от 49 до 83 года).

Исследуемых больных разделили на 2 группы, основную и контрольную. В основную группу вошел 31 (49,2%) больной, которым была произведена первичная артропластика в раннем посттравматическом периоде. В контрольную группу включено 32 (50,8%) больных, у которых лечение переломов проксимального конца бедренной кости проведено традиционно.

Кроме клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования, для определения тяжести и характера перелома шейки бедра использовались классификация Garden (1961), а для оценки межвертельных переломов - классификация АО/ASIF (1993).

Первичная артропластика больным проводилась на 3-и – 7-е сутки посттравматического периода, в указанные промежутки времени выполнялись диагностические методы исследования, а также коррекция имеющихся изменений со стороны жизненно важных органов.

Ближайшие и отдаленные функциональные результаты артропластики оценены по системе оценки Харриса (1969).

Полученные в процессе исследования данные были обработаны с использованием программы Statistica for Windows (версия 6.0).

Результаты и их обсуждение. Первичная артропластика у пациентов основной группы

способствовала снижению сроков постельного и стационарного лечения, восстановлению трудоспособности и реинтеграции пациента в обществе. У больных двигательная активность после артропластики стала возможной на 2-3-е сутки с момента операции.

Остеосинтез пациентам контрольной группы заключался в использовании шурупов, динамических винтов, фиксации гамма-штифтами, а также пластинами. Мобилизация больных была возможна только на 30-35-е сутки с момента операции.

Отдаленные результаты лечения изучены у 51 (80,9%) пациента, сроки наблюдения - до 1 года после операции.

Функциональные результаты лечения в отдаленном периоде по шкале Харриса в исследуемых группах были следующими: отличные (90-99 баллов) – у 80,6% пациентов основной группы, хорошие (80-89 баллов) - соответственно у 16,1% и 71,9%, удовлетворительные результаты достигнуты соответственно в 3,2% и 15,6% случаях, неудовлетворительные (<70 баллов) имелись у 12,5% больных контрольной группы.

Наблюдались следующие ближайшие послеоперационные осложнения: пролежни крестцово-копчикового отдела - соответственно у 3 (9,7%) и 5 (15,6%), застойная пневмония – у 1 (3,2%) и 4 (12,5%), тромбоз вен голени – у 2 (6,5%) и 2 (6,2%) и венозная недостаточность – у 3 (9,8%) и 6 (18,7%) пациентов.

Заключение. Первичная артропластика тазобедренного сустава при нестабильных межвертельных переломах у пациентов пожилого возраста является самой эффективной и высокотехнологичной операцией в травматологии и ортопедии.

Тоиров М.Г., Ходиев Ш.И., Назаров К.Х.,
Толибов Ф., Мирзоолимов Ш.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХ ВИДОВ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней 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 исследований. С ноября 2009 г. по декабрь 2021 г. в отделении общей хирургии Хатлонской областной клинической больницы им. Б. Вохидова находились на лечении 104 больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей в возрасте от 21 до 77 лет, в среднем 48 лет. Женщин было 67 (64,4%), мужчин - 37 (35,6%).

При постановке диагноза учитывали клиническую семиотику, данные анамнеза. Проводили лабораторные и дополнительные методы исследований. Для изучения локализации тромба и состояния венозной гемодинамики всем больным проводилось УЗДГ, УЗДС.

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 и УЗДС исследований венозный кровоток отсутствовал или снижен, по сравнению со 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 мазями гепарина, лиотона, индометацина. Антикоагулянты непрямого действия, в

основном варфарин, мы назначали со второго-третьего дня лечения.

Лабораторный мониторинг проводили с помощью развернутой коагулограммы, а контроль ССК - по времени свертывания крови по Ли-Уайту.

Следует отметить, что после проведенного лечения отмечалось уменьшение отеков, полное исчезновение болей. Использование нефракционного гепарина приводило к нестойкой гипокоагуляции. ВСК по Ли-Уайту колебалось от 3 до 11 мин. Применение двух антикоагулянтов приводит к стойкой гипокоагуляции крови. ВСК по Ли-Уайту сохранялось в пределах 13-15 мин. У 4 больных отеки не прошли даже во время лечения. Это связано с поздним обращением и тотальным окклюзионным тромбозом глубоких вен нижних конечностей, выявленных с помощью данных УЗДГ. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии возникла у 2 больных при поступлении. Летальных исходов не было.

Следует отметить, что антикоагулянты непрямого действия противопоказаны беременным, т.к. они проникают через гематоэнцефалический барьер и приводят к внутричерепным гематомам у плода.

Заключение. УЗДГ и УЗДС дают представление о венозной гемодинамике и локализации тромба. Сроки консервативного лечения с применением двух антикоагулянтов непрямого действия сокращены до 9-10 дней, по сравнению с 14 днями стандартной схемы. Применение двух антикоагулянтов приводит к стойкой гипокоагуляции крови. Раннее обращение и лечение способствуют быстрейшему выздоровлению.

Файзиев И.Д., Мамаджонов Ш.И., Джураев Б.Л., Якубов Р.М., Сангинов А.А., Асимов О.Д., Норходжаева З.М.

СОСТОЯНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СОКБ Г. ХУДЖАНДА

Худжандское отделение ГОУ ИПОвСЗ РТ СОКБ

Цель исследования. Изучение состояния челюстно-лицевой области при поражении коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материал и методы исследований. За период с апреля месяца 2020 года в Согдийскую областную клиническую больницу города Худжанда были госпитализированы 3452 больных с признаками пневмонии. Возраст больных от 30 до 80 лет, преимущественно люди среднего и пожилого возраста.

При госпитализации большинство имели при себе результаты КТ-обследования, выполненного по месту жительства. При госпитализации в СОКБ проводили дополнительно клиническое обследование (общий и биохимический анализы крови, включая коагулограмму, уровень глюкозы крови, общий анализ мочи, КТ легких).

Результаты и их обсуждение. Результаты клинических наблюдений показали, что при COVID-19 чаще всего наблюдается кашель, затрудненное дыхание, повышение температуры тела, боли в области грудной клетки, отсутствие обоняния, вкуса, слабость, отсутствие аппетита.

В тяжелых случаях у 7 больных нами был выявлен тромбоз кавернозного синуса, что сопровождалось отеком мягких тканей пораженной стороны лица, гиперемией, пальпаторно - легкая болезненность, со стороны полости рта наблюдались эрозии слизистой оболочки нёба и в 3-х случаях - некроз мягких тканей нёба с полным оголением кости этой области. Также у этих больных отмечался остеомиелит верхней челюсти, экзофтальм, фронтит, гайморит, т.е. полное поражения придаточных пазух носа.

Необходимо отметить, что тяжелое течение COVID-19 наблюдалось у больных с

сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет, гипертоническая и ишемическая болезнь сердца, ожирение.

Лечение проводилось на основании протокола, утвержденного Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

1. Антибактериальная терапия широкого спектра действий (цефипим, амикацин, меропинем).

2. Антикоагулянты в зависимости от тяжести болезни; вводили гепарин от 20 тыс. до 60 тыс. ед. в/в в сутки; клексан – от 4-х тыс.ед. до 16 тыс. ед.; варфарин – 25 мг 1 раз в сутки.

3. Общеукрепляющая терапия - витамин групп В, С в больших дозах, цинк - по 1 табл. 3 раза, омега-3 - по 1 капсуле 1 раз в день, аква-Д3.

4. При критическом снижении показатели SpO₂ крови больные подключались к аппарату искусственной вентиляции лёгких с оксигенотерапией.

После выздоровления производили контрольную рентгенографию грудной клетки.

Закключение. Таким образом, при лёгких формах COVID-19 со стороны челюстно-лицевой области наблюдается снижение обоняния, потеря вкуса. При тяжёлых случаях, как показали наши наблюдения, возможен тромбоз кавернозного синуса, гайморит, эрозии и некроз слизистой оболочки нёба, а также отёк мягких тканей челюстно-лицевой области. Контрольные клинические и рентгенографические исследования этих больных подтвердили диагноз хронического остеомиелита с полным некрозом и отторжением слизистых оболочек альвеолярного отростка и твердого нёба, с оголением костей этой области.

Файзиев И.Д., Хасанов З.Х., Негматов Н., Зокиров У.А.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Кафедра стоматологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Областная стоматологическая поликлиника

Цель исследования. Изучение распространённости и интенсивности кариеса зубов среди детей и подростков, разработка методов профилактики и защиты твёрдых тканей зуба.

Материал и методы исследований. Нами были обследованы учащиеся 2-х школ г. Худжанда всего 690 детей в возрасте от 7 до 15 лет. Этим возрастам соответствовали три группы исследуемых детей (7, 12, 15 лет).

Всем детям проводилось исследование гигиенического состояния полости рта по методике Федорова-Володькиной, интенсивность кариеса зубов определялась индексом КПУ + кп.

Результаты и их обсуждение. У детей семилетнего возраста при распространённости 94,1 интенсивность кариеса составила 4,52, количество кариозных зубов преобладает над пломбированными, о чем свидетельствует анализ структуры индекса КПУ (табл.). К 12 годам жизни распространённость кариозного процесса снижается, что связано с периодом физиологической смены зубов, к 15 годам снова возрастает. Однако и в 12-летнем, и в 15-летнем возрасте количество пломбированных зубов составило соответственно 0,7 и 0,8, что свидетельствует о низком уровне профилактических работ в школах.

*Результаты изучения распространённости (РК)
и интенсивности кариеса (ИК) у детей*

<i>Возраст детей, лет</i>	<i>Количество обследованных</i>	<i>РК</i>	<i>КПУ, КПУ+кп</i>	<i>Индекс гигиены</i>
7	215	94,1	4,52 (к-3,9; п-6,62)	3,3±0,4
12	310	85,5	3,7 (к-2,5; п-0,7; у-0,5)	2,7±0,03
15	175	96,3	4,1 (к-3,1; п-0,8; у-0,2)	2,4±0,5

Значение гигиенического индекса по Фёдорову-Володькиной свидетельствует об относительно низком гигиеническом состоянии полости рта у детей 7-летнего возраста.

Несмотря на низкое содержание фтора в питьевой воде, неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта, полученные нами предварительные результаты свидетельствуют об относительно низкой распространённости и интенсивности кариеса зубов среди школьников г. Худжанда. По-видимому, недостаток фтора в питьевой

воде компенсируется региональными особенностями круглосуточного употребления большого количества чая, овощей и фруктов.

Заключение. Таким образом, полученные нами результаты указывают на необходимость изучения стоматологического статуса жителей всех регионов Согдийской области для планирования работы стоматологических учреждений и повышения стоматологической помощи детям и подросткам, а также создания стоматологических кабинетов в школах.

Хакназаров Х.Ш., Абдуллозода М.Ф., Боев С.Н., Заирова М.Ф., Рахимов Г.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТРОЗАМИ

Курс трансфузиологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГМЦ №2 им. ак. К.Т. Таджиева
ГМЦ №1 им. К. Ахмедова

Цель исследований. Улучшение результатов комплексного лечения артроза суставов путём применения аутоплазмы.

Материал и методы исследований. За 2017 - 2021 годы нами пролечено 38 больных в возрасте от 28 до 79 лет, средний возраст составил 66 лет. Процедура проводилась однократно. Все больные были разделены на две группы:

I группа (основная) – 38 пациентов, получивших курс консервативной терапии с использованием инъекций аутоплазмы в сустав, без медикаментозной терапии;

II группа (контрольная) – 15 пациентов, которые получали стандартный курс медикаментозной терапии (нестероидные противовоспалительные средства, физиолечение, хондропротекторы, глюкокортикоиды), без введения аутоплазмы.

Лечение включало курс инъекций, помогающих уменьшить боль и отечность, восстановить хрящи в суставах, связки, мениски колена. Во время процедуры пациенту в сустав вводят концентрат очищенной плазмы с тромбоцитами. Перед проведением инъекций рекомендуется за 3–5 дней убрать из меню алкоголь, сладкую, острую и жареную пищу. У пациента из вены берут 20–40 мл крови, такое количество не сказывается негативно на состоянии гемостаза больного. Количество инъекций зависит от серьезности заболевания. В среднем, курс состоит из 5–7 уколов. Между ними делается небольшой перерыв, минимум 3–7 дней, затем вновь продолжают лечение. Эффект от плазмотерапии наступает достаточно быстро. Уже после первой инъекции исчезает боль, больной ощущает, что его сустав более подвижным. После полного курса инъекций начинаются наиболее выраженные процессы восстановления. Примерно через 2–3 месяца функция поврежденного сустава полностью восстанавливается. В суставе проходит воспаление, отступает боль, нормализуется подвижность. Суставная жидкость начинает снова вырабатываться в нужном количестве, происходит полное заживление хрящей и восстановление связок.

Результаты и их обсуждение. Предложенный способ внедрён с 2017 году в отделе-

нии кардиоревматологии и трансфузионном кабинете ГУ ГМЦ № 2 имени академика К.Т. Таджиева и стал применяться у больных в начальной стадии заболевания.

При оценке результатов лечения у пациентов исследуемых групп с помощью стандартных визуально-аналоговых балльных шкал в сравнительном аспекте учитывали следующие клинические показатели: ограничение движения в суставах и выраженность болевого синдрома. Установлено, что у пациентов I группы ограничение движений в суставах было существенно ниже, чем у больных II группы, и составило соответственно 1,2% и 5,5%. У пациентов I группы болевой синдром был купирован на $1,2 \pm 1,1$ сутки, тогда как у больных II группы – лишь на $3,2 \pm 1,1$ сутки. При этом выраженность болевого синдрома у пациентов I группы оценивалась ниже ($1,4 \pm 0,3$ баллов), чем у больных II группы ($3,5 \pm 0,5$ баллов). Во время обострения заболевания и каждый месяц, вне зависимости от обострения, проведены профилактические инъекции аутоплазмы, что поддерживает больных в стадии ремиссии, а при традиционной медикаментозной терапии наблюдалась лишь тенденция к нормализации этих показателей.

Заключение. Таким образом, предложенный нами способ является достаточно простым и наиболее эффективным, позволяет успешно пролонгировать больных с подтвержденным артрозом суставов. На основе наших исследований применение аутоплазмы в комплексной терапии артроза суставов превосходит по эффективности стандартную терапию, в среднем, на 48%, давая в большинстве случаев хороший терапевтический эффект. Данные исследования позволяют расширить область применения аутоплазмы в комплексной терапии артрозов крупных суставов I–II степеней тяжести, что проявляется уменьшением болевого синдрома, увеличением объема движений в суставе, улучшением опорно-двигательной функции нижних и верхних конечностей, удлинением периода ремиссии заболевания.

Хакназаров Х.Ш., Абдуллозода М.Ф., Боев С.Н., Назаров Б.Ч., Холова Х.Т.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Курс трансфузиологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГМЦ №2 им. ак. К.Т. Таджиева

Цель исследований. Улучшение результатов комплексного лечения больных с ревматоидным артритом путём применения плазмафереза.

Материал и методы исследований. За 2017-2021 годы нами пролечено 28 больных в возрасте от 24 до 49 лет, средний возраст составил 36 лет. 13 женщинам с установленным ревматоидным артритом плазмаферез (ПФ) проводили во время обострения заболевания. Частоту проведения курсов ПФ определяли динамикой лабораторных показателей. 15 больным курс плазмафереза проведен с профилактической целью. ПФ проводился в дискретном режиме. Курс составлял 3 сеанса с интервалом 3 дня. За сеанс удалялось 300-350 мл плазмы вместе с лейкоцитомоцитарным слоем. Замещение удаляемой плазмы проводилось только 0,9% раствором NaCl. Лечение проводилось под контролем лабораторных тестов, дающих информацию о состоянии гемостаза. 15 больным плазмаферез проводился в виде одного сеанса, каждые 4 месяца после окончания основного курса (лечение проводилось амбулаторно). Эффективность разработанного способа у больных оценивалась на основании сравнения традиционного лечения больных с РА и терапии с использованием лечебного плазмафереза.

Результаты и их обсуждение. Предложенный способ внедрён с 2017 году в отделении кардиоревматологии и трансфузионном кабинете ГУ ГМЦ № 2 им. академика

К.Т. Таджиева, он применялся у больных в начальной стадии заболевания. Во время обострения заболевания и каждые 4 месяца вне зависимости от обострения проводили профилактический плазмаферез. Более того, курсы плазмафереза у 15 больных в начальной стадии заболеваний привели к полному выздоровлению в отдалённом периоде. Это выражалось купированием синдрома гиперкоагуляции со снижением уровня фибриногена на 21%, нормализацией протромбинового индекса и АЧТВ на 12% и 24%, активированного тромбинового времени и снижением степени агрегации тромбоцитов на 33%, уменьшением содержания ЦИК на 26,6%, РФ на 22% и С-реактивного белка на 25,2%, в то время как в группе сравнения (30 больных с традиционной медикаментозной терапией) наблюдалась лишь тенденция к нормализации этих показателей.

Заключение. Таким образом, включение в комплексную терапию больных РА плазмафереза в сочетании с пульс-терапией МП позволяет быстро уменьшить клинико-лабораторные проявления заболевания, улучшить качество жизни и способствует социальной реабилитации больных. Данный способ является наиболее эффективным из всех существующих методов лечения РА. Техника выполнения лечебного плазмафереза проста и его можно применять в любом трансфузиологическом кабинете, оснащённом необходимой аппаратурой.

¹Халимова З.С., ²Саидов Х.А., ²Сафаров Х.А.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ КОРОНАВИРУСНОГО КОНЪЮНКТИВИТА

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

II глазное отделение НМЦ Республики Таджикистан «Шифобахш»

Цель исследования. Провести сравнительный анализ консервативного лечения конъюнктивита при коронавирусной инфекции SARS-Cov-2.

Материал и методы исследований. Нами были проанализированы 32 амбулаторные карты пациентов, обратившихся к сотрудникам кафедры офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», с мая по октябрь 2020 года. Средний возраст пациен-

тов составил $41 \pm 0,1$ год, все жители города, из них 19 мужчин, 13 женщин. Пациентам было проведено стандартное офтальмологическое обследование, включающее в себя визометрию, биомикроскопию переднего отрезка глазного яблока и пальпаторное исследование внутриглазного давления. Необходимо учесть, что 15 человек были консультированы он-лайн, вследствие чего инструментальные методы исследования

были исключены. Пациенты были разделены на две группы. Первой группе (16 человек) было рекомендовано применение комбинированного препарата в виде глазных капель, содержащего в своём составе интерферон и димедрол (по 2 капли 5 раз в день), а так же ацикловир в виде глазной мази (за нижнее веко 5 раз в день). Пациенты второй группы (16 человек) получали комбинированный препарат, состоящий из дексаметазона и неомидина (по 2 капли 3 раза в день).

Результаты и их обсуждение. Все обратившиеся пациенты жаловались на зуд и ощущение «песка» в глазу, при биомикроскопии отмечалось разрастание фолликулов конъюнктивы, конъюнктивальная инъекция была выражена. На 3 день у первой группы отмечалось усиление конъюнктивальной инъекции, появилось склеивание ресниц по утрам. У второй группы не было диагностировано ухудшения состояния органа зрения. На 7 день в первой группе у 4 пациентов появились симптомы вирусного кератита (были переведены на соответствующее лечение), у 2 отмечено улучшение состояния (уменьшилась интенсивность конъюнктивальной инъекции), у 10 состояние не изменилось. Во второй группе на 7 день лечения у 9 человек

было отмечено исчезновение симптомов вирусного конъюнктивита, сохранилась небольшая конъюнктивальная инъекция, у 4 оставались жалобы на зуд и ощущение песка в глазу, у 3 состояние не изменилось. На 14 день в первой группе у оставшихся пациентов сохранялась небольшая конъюнктивальная инъекция и ощущение песка в глазу. Во второй группе у всех наблюдаемых пациентов отмечено исчезновение всех симптомов вирусного конъюнктивита.

Необходимо отметить, что инфекционистами общее состояние пациентов было расценено как лёгкой степени.

Заключение. Пандемия коронавирусной инфекции привела к появлению новых, неизученных вариантов патологии органа зрения. Трудности диагностики и лечения были сопряжены с отсутствием понимания путей передачи, клиники глазных проявлений и методов диагностики.

Из проведенного нами сравнительного исследования можно сделать вывод, что применение комбинированных глазных капель содержащих дексаметазон, даёт более быстрый и эффективный результат, по сравнению с традиционным лечением противовирусными препаратами.

Ходиев Ш.И., Тоиров М.Г., Орзуев Р.М., Мирзоолимов Ш.А., Лашкаров Х.Л.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Хатлонская областная клиническая больница им. Б. Вохидова

Цель исследования. Улучшение диагностики и хирургического лечения осложненных форм эхинококкоза органов брюшной полости.

Материал и методы исследований. В период с 2010 по 2020 годы в хирургическом отделении областной клинической больницы города Бохтара находилось на стационарном лечении 154 больных с эхинококком различной локализации. Жители сельской местности составили основной контингент больных – 132 (85,7%). Городских жителей было 22 (14,3%). Женщины - 72, мужчины - 82. Причинами осложненных форм явилась поздняя обращаемость и скудная клиника. Осложненные формы составили 65 (42,2%)

случаев, которые существенно влияли на эффективность лечения и выбор метода операции; нагноение - 43, механическая желтуха, связанная с сдавлением желчных путей - 9, прорыв элементов кисты в желчные протоки с развитием механической желтухи и холангита – 7. С прорывом эхинококковой кисты в свободную брюшную полость поступили 6, с клиникой разлитого перитонита - 4 и острого аппендицита - 1. Среди больных эхинококкоз печени наблюдался у 132, эхинококкоз селезенки – у 9, эхинококкоз свободной брюшной полости – у 8.

До поступления 148 больным были проведены дополнительные методы исследования. Ультразвуковое исследование (УЗИ) – 148

(96,3%), компьютерная томография (КТ) – 63, магнитно-резонансная томография (МРТ) – 2 больным. Проведено соответствующее клинико-лабораторное обследование. Перед оперативным вмешательством больные получали гормонотерапию в течение 3 дней, кроме тех пациентов, у которых имелась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, а также тех, которым оперативное вмешательство произведено в экстренном порядке.

Результаты и их обсуждение. Непосредственно перед операцией всем больным проводили повторное УЗИ с участием оперирующего хирурга для решения вопроса о выборе оптимального доступа. Все оперативные вмешательства были произведены под эндотрахеальным наркозом. Эхинококкэктомия выполнена под местным обезболиванием. Лапароскопическим способом эхинококкэктомия проведена 25 больным, у одного – с прорвавшейся эхинококковой кисты печени. При расположении эхинококковых кист в 1 - 5 сегментах печени использовали верхнесрединный доступ, при расположении в 6 - 7 сегментах, в основном, использовали подреберный доступ. При расположении в 8 сегменте печени, т.е. поддиафрагмальное расположение, использовано доступ Рио-Бранко.

Больным с нагноением эхинококковой кисты, а также с огромными полостями произ-

ведена эхинококкэктомия с дренированием остаточной полости резиновыми трубками после ревизии и ликвидации желчных ходов по возможности. Атипичные резекции печени проведены при небольших кистах, располагающихся по краю – 5. Капитонаж остаточной полости нами использован у 72 человек. Больным, поступившим с клиникой прорыва кисты в желчные пути, оперативное вмешательство произведено в экстренном порядке, заканчивалось дренированием желчных путей. В послеоперационном периоде у 32 больных возникло желчеистечение наружу, желчеистечение в брюшную полость развилось у одного больного, что потребовало повторной операции. Нагноение остаточной полости было у 7 больных, у 2 ликвидировалось консервативным путём. 3 больным, повторно поступавшим после выписки, лапароскопическим путём гнойник вскрыт и дренирован. У двоих больных гнойник был вскрыт под контролем УЗИ чрескожно чреспеченочным дренированием.

Заключение. Эффективность хирургического лечения эхинококкоза печени в значительной степени зависит от широты использования дополнительных методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия), своевременного подхода, правильно выбранного оперативного доступа, способа ликвидации и дренирования остаточной полости.

Холиков З.Х., Хукумзода М.З.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕНЗИДАМИНА ГИДРОХЛОРИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РИНОФАРИНГИТОВ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить клинический эффект аэрозольной формы бензидамина гидрохлорида при лечении ринофарингитов в монорежиме.

Материал и методы исследований. Под наблюдением находилось 35 больных с острыми ринофарингитами. Средний возраст составил от 8 до 17 лет, из них 15 мальчиков и 20 девочек. Больные были разделены на две группы: основная и контрольная. В контрольную группу были включены пациенты, которым мы проводили общепринятое лечение. Основную группу составили больные, которые наряду с традиционным лечением,

получали аэрозольную форму бензидамина гидрохлорида. Способ применения и дозы: при лечении препарат применяют путем ингаляции в каждый носовой ход, через каждые 3 часа, но не менее 6 раз в сутки, в течение 3-5 дней, без каких-либо негативных последствий.

Для обследования больных использован традиционный комплекс оториноларингологического исследования. Проведены все необходимые клинические исследования.

Результаты и их обсуждение. Проведенные клинические исследования показали, что после курса применения препа-

рата у всех больных с ринофарингитами прошла заложенность носа, прекратились выделения из носа, гиперемия, а также восстановилась проходимость носовых ходов. Максимальный клинический эффект у больных ринофарингитами после приема препаратов, содержащих активное вещество - бензидамина гидрохлорид 0,150 г, отмечен на 2-3-е сутки у 43%, на 3-5-е сутки - у 37% и на 5-6-е сутки - у 20% больных. Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что аэрозольная форма препарата бензидамина гидрохлорида является эффективным средством.

В группе контроля отмечены более медленные темпы выздоровления: к 5 дню на-

блюдалось улучшение, а лишь к 7-8 дню - выздоровление. Для профилактики и лечения острых ринофарингитов следует начинать использование препарата непосредственно в начале заболевания и продолжать до тех пор, пока сохраняется опасность пролонгации болезни.

Заключение. Благодаря хорошей эффективности, быстрому проникновению в воспалительные ткани и эффективному устранению воспалительного процесса при местном применении, хорошей переносимости и доступности применение бензидамина гидрохлорида при лечении острых фарингитов способствует быстрому эффективному выздоровлению.

Хукумзода М.З., Холиков З.Х.

ЭФФЕКТИВНАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СУБАТРОФИЧЕСКИХ ФАРИНГИТАХ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Использование препарата прополиса для восстановления и повышения местных защитных свойств слизистой оболочки глотки при хронических фарингитах

Материал и методы исследований. Под нашим наблюдением в период с 2019 по 2020 гг. в ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» находились 43 больных с хроническим субатрофическим фарингитом, среди них 31 мужчина и 12 женщин. Возраст больных варьировал от 15 до 46 лет, средний возраст 27 ± 5 лет.

В зависимости от методов терапии все пациенты были разделены на 2 группы: первая - 28, вторая - 15 больных.

Всем проведено оториноларингологическое и бактериологическое исследования до и после лечения. До начала лечения пациенты предъявляли жалобы на першение и чувство инородного тела в горле при глотании, сухость, дискомфорт, при которых часто возникает желание выпить глоток воды. При пальпации отмечалось увеличение верхних шейных лимфоузлов. При фарингоскопии были видны истонченность и сухость слизистой оболочки задней стенки глотки и небных дужек, которые

имеют бледно-розовый цвет с блестящим оттенком.

Результаты и их обсуждение. Лечение больных проводили в течение 7 дней по следующей схеме: пациентам 1-ой группы назначали полоскание с шалфеем, смазывание задней стенки глотки токоферолом на глицерине по 10 мг 2 раза в день и облепиховое масло 3-5 капли в нос 1 раз на ночь. Аэрозоль прополиса - 3 раза в день сбрязгивание горла. Парентеральное применение комплекса витаминов группы В по 1 таблетке 3 раза в день.

Пациентам второй группы назначен препарат фарингосепт 30 мг/сут., который имеет противовоспалительное и антисептическое действие, освежает полость рта.

После проведенного лечения у больных 1 группы наблюдалось улучшение общего состояния больных. Пациентов меньше стали беспокоить кашель, сухость и першение в горле. Уже через 5-6 дней после применения прополиса была отмечена положительная динамика. При фарингоскопии отмечалось уменьшение сухости и субатрофического процесса слизистой оболочки, что указывает на улучшение общего состояния и связано с антимикробным, иммуномодулирующим, а также антисептическим свойствами прополиса.

У больных второй группы после применения фарингосепта отмечалось улучшение состояния. Фарингоскопическая картина показала, что слизистая оболочка задней стенки глотки оставалась розовой, влажной, без участков выбухания и истончения. Однако сухость задней стенки глотки и першение все еще отмечались у 4 (26,7%) больных данной группы.

Заключение. Применение местной терапии препаратом прополиса, имеющего антибактериальное, противовоспалительное и иммуномодулирующее воздействие, в лечении хронического субатрофического фарингита эффективно способствует уменьшению субъективных и фарингоскопических симптомов.

¹Хушвахтов Д.И., ²Байриков И.М., ¹Мирзоев М.Ш., ¹Сафаров С.А.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОСТНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ, РФ

Цель исследования. Повышение эффективности хирургических методов лечения больных с полостными образованиями челюстных костей с использованием материалов из никелида титана.

Материал и методы исследований. Под нашим наблюдением в период с 2016 по 2020 гг. находились 28 больных с кистозными и доброкачественными образованиями челюстных костей. Возраст больных варьировал от 18 до 40 лет, из них мужчины составили 15, женщины – 13.

Из общего количества наблюдаемых пациентов диагностированы радикулярные кисты у 12, фолликулярные – у 6, гигантоклеточные эпулиды – у 2 и кистогранулёма – у 8 больных.

Клинические обследования больных проводились по традиционной общепринятой методике. До оперативного вмешательства всем пациентам проводили ортопантографию челюстных костей, при необходимости – КТ с целью изучения плотности костных структур по шкале Хаунсфилда. При необходимости, с целью сохранения зубов, производили депульпирование с выведением пломбировочной массы за верхушку корней.

Оперативное вмешательство заключается в удалении патологических образований с заполнением и запечатыванием образовавшихся полостей мелкогранулированным пористо-проницаемым и тканевым никелидом титана.

Результаты и их обсуждение. Динамическое наблюдение за больными включало,

прежде всего, клиническое обследование, которое проводили по общепринятой методике на 2-7, 14-е сутки, спустя 1, 3, 6 месяцев и через год после оперативного вмешательства. Рентгенологический контроль включал панорамную рентгенографию и КТ челюстей. В первые сутки выраженная инфильтрация краев раны отмечалась у 2 больных. Ликвидация послеоперационного отека наблюдалась на 6-7 сутки. Расхождения швов в послеоперационном периоде не наблюдалось ни в одном случае.

При повторном обследовании через 1 мес. и в последующие сроки наблюдения больные жалоб не предъявляли, слизистая оболочка в области оперативного вмешательства была бледно-розового цвета, без отека.

На 6-м месяце рентгенологически наблюдалось полное восстановление дефекта, однако гомогенности не отмечалось. Зрелая органотипичная костная ткань прослеживалась по периферии дефекта. При контрольной рентгенографии через год у всех больных происходило полное восстановление костного дефекта с органотипичным строением и минерализацией. Снижения высоты костной ткани не наблюдалось ни в одном случае, что очень важно для дальнейшей имплантологической реабилитации больных.

Заключение. Применение правильно выбранных костно-пластических материалов способствует восстановлению больших костных дефектов с образованием органотипичной кости, соответствующей анатомии данного участка, в оптимальные сроки, что укорачивает постоперацион-

ный реабилитационный период больных и способствует ранней функциональной нагрузке органа.

Результаты применения данной технологии показали её высокую эффективность при

устранении полостных образований костей челюстно-лицевой области, что позволяет рекомендовать её челюстно-лицевым хирургам, онкологам и травматологам, как метод выбора.

Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОЧАГОВ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Провести анализ причин, способствующих развитию хронических очагов одонтогенной инфекции после лечения зубов.

Материал и методы исследований. Проведен ретроспективный анализ 658 амбулаторных стоматологических карт (412 женщин и 246 мужчин) в условиях Городской стоматологической поликлиники г. Душанбе РТ за период с 2009 по 2020 гг. пациентов с одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области, развившихся в различные сроки после лечения зубов.

При клинико-рентгенологических исследованиях выявлены: хронический гранулематозный периодонтит – 100; гранулирующий периодонтит – 87; обострение хронического периодонтита – 471. С учетом анамнеза, состояния и степени подвижности зубов и разрушения коронковой их части были определены состояние пародонта, проходимость корневых каналов, полноту заполнения их пломбировочным материалом.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинического материала свидетельствует о том, что основная часть больных - 71,6% - обратились за хирургической помощью во время обострения процесса в периодонте в срок от 3 месяцев до 4 лет после лечения зубов, у них имел место коллатеральный отек мягких тканей в области «причинного» зуба. Свищи с гнойным отделяемым в области верхушек корней имели место у 13,2% из них. Среди них подвижность зубов I-II степеней отмечалась у 34% пациентов.

Рентгенологический контроль 187 коренных зубов верхней и нижней челюстей позволил выявить, что корневые каналы 57 зубов были запломбированы на 1/2 или 1/3 их длины. В 113 многокорневых зубах заполнен

1 канал, а в 17 все каналы obturированы на всем протяжении. Рентгенография однокорневых зубов также свидетельствовала о некачественном их лечении, несмотря на то, что они имели широкие прямые корневые каналы. В 83 случаях у однокорневых зубов корневые каналы недопломбированы, в 47 случаях пломбировочный материал находился в периапикальных тканях. В области верхушек корней этих зубов определялись очаги резорбции с грануляционными тканями размером от 0,2 до 0,6 см. В 24 случаях корневые каналы зубов запломбированы хорошо, однако выявлено неравномерное расширение периодонтальной щели, местами с очагом разрежения костной ткани. Электровозбудимость этих зубов варьировала в пределах 100-110 МкА.

В связи с этим были предприняты хирургические методы лечения в амбулаторных условиях под местным обезболиванием. Проведена операция удаления зубов в 72,7% случаев: из них в течение 1 месяца после лечения - 12%, через 2-5 месяцев — 26%, от 2 до 5 лет — 34,7%. Резекция верхушки однокорневых зубов выполнена у 73 пациентов. Гемисекция и ампутация корня произведены в 10 случаях.

Частые обострения хронического одонтогенного процесса привели к развитию гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, которые выявлены у 187 больных, среди них – 120 с периоститами челюстей, 12 - с остеомиелитами челюстей, абсцессы и флегмоны выявлены у 55 человек. Больные с остеомиелитами, абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области были направлены на стационарное лечение.

Заключение. Таким образом, данные архивных материалов свидетельствуют о

том, что обострение хронического воспалительного процесса в периапикальной области зубов во многом обусловлено некачественным пломбированием корневых каналов, что привело к развитию гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

С целью профилактики развития острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области необходимо улучшить каче-

ство лечебной работы за счет повышения профессиональных навыков и настороженности врачей, повышения уровня санитарно-просветительной работы среди населения. Зубы с хронической очаговой инфекцией, не поддающиеся консервативной терапии, должны своевременно подвергаться хирургическим методам лечения (удаление, резекция верхушки корня, гемисекция зуба или ампутация корня).

Шамсидинов Б.Н., Мухтарова П.Р., Олимов Т.Х., Хамдамов Ф.

ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛОР-ПАТОЛОГИИ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценка состояния ЛОР-органов у больных, перенесших коронавирусную инфекцию.

Материал и методы исследований. Нами клинически исследованы 18 пациентов, которые обратились с жалобами, характерными для патологии ЛОР-органов, после стационарного лечения коронавирусной инфекции. У всех этих пациентов во время болезни были взяты мазки для тестирования. При наличии жалоб со стороны носа больным производилось рентгенологическое исследование носа и его пазух, а при наличии жалоб со стороны глотки и гортани - эндоскопическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных мужчин было 11, женщин - 7 в возрасте от 20 до 57 лет. Городских было 13, сельских - 5. С жалобами, указывающими на патологию носа, обратились 10 человек: с ринореей - 34%, с затруднением носового дыхания - 44%, слизисто-гнойными выделениями из носа - 46%, гипо- и аносмией - 62%.

Со стороны глотки были жалобы на першение, боль, слизисто-гнойные выделения. Это встречалось у 45% (8) больных. У одного больного с хроническим правосторонним мезоэпигимпанитом были жалобы на рецидив гноетечения из уха.

У нескольких больных имелись такие жалобы, как охриплость голоса и афония (4%).

У всех этих пациентов во время болезни (апрель-июль) были взяты мазки для тестирования, и только у 12 из них они были положительными. Однако, схожие симптомы

для коронавирусной инфекции и эпидемиологическая обстановка указывали на эту инфекцию, на основании которой им был также поставлен данный диагноз.

При риноскопии у обследуемых отмечались признаки катарального ринита: гиперемия и невыраженный отёк слизистой оболочки полости носа и слизистое отделяемое. В этом случае применялась местная ирригационная терапия полости носа солевыми растворами в течение 5-7 дней и орошение горла растворами антисептиков, которые приводили к быстрому купированию данных симптомов заболевания.

При фарингоскопии также отмечались картина, характерная для хронического воспалительного процесса: резкая гиперемия, гипертрофия гранул либо увеличенные боковые валики задней стенки.

При ларингоскопии отмечалась гиперемия слизистой гортани, утолщение голосовых складок, щель при фонации. При наличии воспалительных явлений со стороны глотки также назначены частые орошения глотки растворами антисептиков, при воспалении гортани и уха была назначена антибактериальная и общеукрепляющая терапия.

У 62% больных отмечены различной степени нарушения обоняния. Возможно, это связано с поражением обонятельного эпителия. Ученые всего мира исследуют данную патологию, и работы не являются окончательными, так как многое остается неясным.

Заключение. Таким образом, после перенесенной новой коронавирусной инфекции

многие органы и системы вовлекаются в патологический процесс, имеющаяся хроническая патология со стороны ЛОР-органов

во многих случаях приобретает затяжное течение, требующее специализированного лечения.

¹Шокиров Т.М., ¹Мурадов А.М., ²Нозиров Дж.Х., ³Шумилина М.В.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

³Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, РФ

Цель исследования. Оценка функционального состояния гемодинамики большого круга кровообращения у пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек (ТсХБП), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы исследований. Нами изучены некоторые показатели гемодинамики большого круга кровообращения у 100 больных (60 мужчин и 40 женщин) с ТсХБП, осложненной ХСН, при поступлении и в динамике лечения.

Осуществлен ретро - и проспективный анализ, проведены общеклинические, лабораторно-биохимические, био- и иммунологические тесты, функциональные и дополнительные методы исследования, а также статистический анализ материала.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования у больных 1 группы показали, что, по сравнению с контрольной группой (КГ), частота сердечных сокращений (ЧСС) достоверно повышена на 25,9% ($p<0,001$), систолическое артериальное давление (САД) - на 21,8% ($p<0,001$), диастолическое артериальное давление (ДАД) - на 30,9% ($p<0,001$) и, соответственно, среднее диастолическое давление (СДД) - на 32,8% ($p<0,001$). Одними из основных показателей общей гемодинамики являются УО, СВ и сердечный индекс (СИ), которые у больных 1 группы были снижены на 22,7% ($p<0,001$), 4,0% и 3,4% соответственно, по сравнению с аналогичными данными КГ. Другим крите-

рием, определяющим тип гемодинамики, является показатель ОПСС, зависящий от среднединамического давления, минутного кровообращения, который, будучи звеном компенсаторного механизма, поддерживает кровообращение и объем циркулирующей крови (ОЦК) у этих больных. Анализ ОПСС у больных 1 группы показал его достоверное увеличение на 38,5% ($p<0,001$), по сравнению с показателями КГ. У пациентов этой группы выявляется снижение УО, СИ, СВ, однако функциональная способность гемодинамики поддерживается компенсаторным повышением ОПСС и ЧСС, т.е. отмечается эукинетический тип кровообращения.

Результаты исследования параметров общей гемодинамики у больных 2 группы ТсХБП, осложненной ХСН, показали, что, по сравнению с КГ, ЧСС оказалась достоверно повышена на 50,8%; САД - на 39,4%; ДАД - на 46,8% и СДД - на 41,6%, что значительно выше, чем у больных 1 группы ($p<0,001$). Выявляется значительное статистически достоверное снижение показателей УО, СВ и СИ, по сравнению с этими же данными КГ на: 37,7% ($p<0,001$), 8,1% и 10,3% соответственно. При этом они также достоверно были меньше, чем у больных 1 группы. Анализ ОПСС у 2 группы выявил его значительное и достоверное повышение на 54,2% ($p<0,001$), по сравнению с показателями КГ, а также 1 группы больных. У 2 группы больных ТсХБП, осложненной ХСН, на фоне выраженного повышения САД, ДАД, СДД отмечается

значительное снижение УО, СИ, СВ, на фоне компенсаторного повышения ОПСС и ЧСС, т.е. у этой группы пациентов также имеется эукинетический тип кровообращения. Однако необходимо отметить, что на этом фоне возникает пред- и пост- нагрузка как левого, так и правого желудочков с повышением показателя их фактической работы.

Анализ результатов параметров общей гемодинамики у больных 3 группы ТсХБП, осложненной ХСН, показал, что, по сравнению с контрольной группой, ЧСС оказалась достоверно повышена на 73,3% ($p < 0,001$); САД, ДАД и СДД достоверно снижены на 33,1%, на 49,6% и на 43,1% соответственно ($p < 0,001$), что было значительно ниже, чем у больных как 1-ой, так и 2-ой групп. У этой категории больных наблюдается достоверное снижение показателей УО, СВ и СИ, по сравнению с этими же данными КГ, на 50,8% ($p < 0,001$), на 18,3% и на 31,0% соответственно. При этом они также оказались значительно меньше, чем у больных 1-ой, 2-ой групп. В связи с выраженным снижением СДД и СВ

у больных 3 группы отмечается значительное достоверное снижение ОПСС на 30,1% ($p < 0,001$), по сравнению с показателями КГ, а также его снижение к показателям у больных 1, 2 групп.

У 3 группы больных ТсХБП на фоне значительного снижения САД, ДАД, СДД, ОПСС наблюдается выраженное снижение УО, СИ, СВ, что компенсируется повышением ЧСС и чрезмерной работой левого и правого желудочков на фоне их пред- и постнагрузки. Все это у части больных привело к выраженной ХСН и крайне тяжелому состоянию этой категории пациентов.

Закключение. Таким образом, результаты анализа показали, что во всех группах больных ТсХБП, осложненной ХСН, выявляются нарушения параметров общего кровообращения, прогрессирующие от 1 к 3 стадии, от субкомпенсированной до декомпенсированной стадий. Выявленные нарушения кровообращения при поступлении больных явились основой для целенаправленного лечения на последующих этапах.

¹Шумилина О.В., ¹Зарифов Ш.И., ¹Мурадов А.М., ²Шумилина М.В.,
¹Мурадов А.А., ¹Хамрокулов А.А., ¹Ризоев М.М.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ, НЕПРЯМОЕ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОЕ ОКИСЛЕНИЕ КРОВИ И ПЛАЗМЫ, ИХ КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗРТ

²Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, РФ

Цель исследования. Выявление эффективной методики применения комбинированного средне-, высокообъемного плазмафереза и непрямого электрохимического окисления крови и плазмы при коррекции синдрома эндогенной интоксикации у больных с острой печеночной недостаточностью.

Материал и методы исследований. Нами проводилась диагностика и лечение 46 пациентов с ОПечН на основании классификации международной ассоциации по острой печеночной недостаточности (МА ОПН), балльной оценки APACHE II и степе-

ни СЭИ (Федоровский Н.М., 1996), которые проходили обследование и лечение на базах ГУ ГНЦРиД и ГУ ИГ МЗсСЗН РТ.

При поступлении больных с ОПечН анализ баллов по шкале APACHE II показал наличие состояния средней тяжести у 21,8%, тяжелого состояния – у 59,1%, крайне тяжелого – у 19,1%. У всех больных отмечался синдром эндогенной интоксикации 2-3 степеней с выраженным повышением показателей билирубина, АлАт, АсАт, щелочной фосфатазы, молекул средней массы (МСМ), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и некротических тел (НТ), со снижени-

ем факторов свертывающей системы, белков и альбумина.

Комбинированная комплексная интенсивная терапия (ККИТ) ОПечН проведена на основании общих принципов международных и регионарных рекомендаций: учет этиологического фактора развития ОПечН; нормализация параметров общей и регионарной гемодинамики с учетом типа нарушения кровообращения; коррекция гиповолемии, микроциркуляции и улучшение реологических свойств крови; нормализация осмолярности и коллоидно-осмотического давления крови, стабилизация гидродинамического давления в плазме крови; восстановление перфузии, транскапиллярного обмена, метаболизма и синтетической функции печени и других органов; коррекция гипоксии смешанного генеза, восстановление доставки, потребления кислородной емкости крови; профилактика и коррекция нарушений гемостаза (свертывающей, антисвертывающей и фибринолитической активности крови), а также функций органов и систем, влияющих на гемостаз; нормализация водно-электролитных нарушений, кислотно-основного состояния (КОС), а также механизмов, регулирующих этих процессы; профилактика и лечение воспалительных, септических осложнений и энтеральной недостаточности; расчет, покрытие энергозатрат организма; активация и реабилитация детоксикационных систем.

Плазмаферез (ПФ) проводился по фильтрационной методике на аппарате для мембранного лечебного и донорского плазмафереза АМПдд-«ТТ» (торговая марка «ГЕМОФЕНИКС»). Сбор плазмы осуществлялся в контейнеры для заготовки крови с консервантом или контейнеры для забора плазмы от комплекта аппарата Гемофеникс.

Для изучения влияния непрямого электрохимического окисления (НЭХО) на показатели гомеостаза (токсичность, гемостаз, электролиты, КОС) сравнивались пробы крови и плазмы до процедуры и после введения раствора NaClO в контейнер с плазмой через 12 часов.

На электрохимической установке ЭДО-4 (производства России) получали оптимальной и безопасной концентрации раствор NaClO 0,12% (1200 мг/л) для введения в контейнер с плазмой. Приготовление раствора NaClO осуществляли по стандартной общепринятой схеме производителя.

При 1 процедуре среднеобъемным плазмаферезом у больных ОПечН забирали 1 литр плазмы, который в последующим

обрабатывался раствором активного NaClO. Последующие сеансы ВПФ проводились с реинфузией окисленной плазмы, в которой значительно снижена токсичность.

С соблюдением правил асептики в емкости с эксфузируемой плазмой шприцем добавляли 0,12% (1200 мг/л) раствор NaClO в соотношении 10:1 (к 400 мл плазмы добавляют 40 мл NaClO). Полученный раствор перемешивали путем покачивания емкости в течение 3-5 минут, затем помещали ее в бытовой холодильник. На следующее утро через 12 часов с помощью плазмоэкстрактора или аспирационно удаляли 50-70 мл осадка. Забирали 10 мл плазмы на биохимические исследования и, убедившись, что она достаточно детоксицировалась, решали вопрос о реинфузии при следующей процедуре ВПФ.

Результаты и их обсуждение. Нами при ОПечН применяется комбинированная комплексная интенсивная терапия (ККИТ) с включением в программу плазмофереза средне- (СрОПФ) или высокообъемного (ВОПФ)), непрямого электрохимического окисления крови (НЭХО) или плазмы (НЭОП) гипохлоритом натрия или их совместного применения.

При проведении 26 больным ККИТ + ВОПФ и 10 больным - КИТ + ВОПФ+НЭХО отмечены выраженные положительные механизмы воздействия этих методов на СЭИ (детоксикация и элиминация низкомолекулярных веществ с молекулярной массой до 500 ДА, МСМ от 500 до 5000 ДА и олигопептидов высокой массы более 5000 ДА), на гидрофильные, гидрофобные и амфифильные токсические компоненты, в высоких концентрациях содержащихся при ОПечН, «дренирующий эффект» операции и др.

При лечении этой категории больных также выявлены следующие недостатки: ограничение плазмафереза экстрагируемым объемом плазмы; негативное воздействие на систему гемостаза, выражающееся в гипокоагуляционном влиянии на кровь гипохлорита натрия и его воздействие на клеточный состав крови; гипогликемия крови; снижение общего белка и альбумина и др. Кроме того, ВОПФ в той или иной степени приводит к истощению пула сывороточного белка, коагуляционных факторов, включая FVIII, снижению содержания электролитов, иммуноглобулинов и факторов неспецифической антиинфекционной резистентности, С3 компонента комплемента, до 30% количества тромбоцитов.

С учетом выявленного негативного воздействия на кровь 10 больным проведена методика КИТ+СрОПФ+непрямое электрохимическое окисление плазмы (НЭОП).

Заключение. В связи с полученными положительными данными по выраженной коррекции СЭИ, на фоне отсутствия нега-

тивного воздействия на кровь, возможности реинфузии детоксицированной плазмы обратно больному при повторных сеансах, что имеет высокий экономический эффект, мы рекомендуем методику КИТ+СрОП+НЭОП в лечении СЭИ 2-3 степеней у больных с ОПечН.

Юсупова З.Х., Шамсидинов А.Т., Файзов К.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ДЕФЕКТОВ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ У ЛИЦ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ИХ РЕТРОСПЕКТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвсЗ РТ

Цель исследования. Сравнительный анализ качества несъемных конструкций зубных протезов на этапах их клинической эксплуатации у лиц с зубочелюстной аномалией.

Материал и методы исследований. Клинико-популяционный анализ непосредственных, отдаленных результатов и клинико-технологическую оценку осложнений при лечении несъемных конструкций зубных протезов выполнили путем обследования репрезентативной совокупности пациентов стоматологических поликлиник города Душанбе.

Результаты и их обсуждение. Исследованы сроки и признаки снижения качества цельнолитых и штампованных искусственных коронок. Качество искусственных коронок, как выяснено в исследовании, определяется продолжительностью клинической эксплуатации конструкции и её видом (пластмассовые / комбинированные).

Так, в раннем периоде клинической эксплуатации цельнолитые коронки характеризуются более высоким уровнем качества, чем штампованные (ПК: соответственно $83,6 \pm 0,4$ % и $71,1 \pm 1,2$ %, $p < 0,05$), что зависит от общей частоты отдельных проявлений снижения качества конструкций (для - цельнолитых $2,9 \pm 0,7$ %; для комбинированных - $11,0 \pm 1,9$ %, $p < 0,01$) и удельного веса ортопедических конструкций с признаками

снижения качества (ИТК: для цельнолитых - $1,2 \pm 0,8$ %; для комбинированных - $1,5 \pm 0,6$ %, $p < 0,01$). В отдаленном периоде клинической эксплуатации цельнолитые коронки характеризуются более выраженным увеличением уровня качества ортопедической конструкции, чем комбинированные (ПК: соответственно $49,8 \pm 2,3$ % и $37,3 \pm 2,5$ %, $p < 0,05$).

Так, в раннем периоде клинической эксплуатации цельнолитые мостовидные протезы характеризуются более высоким уровнем качества, чем комбинированные (ПК: соответственно $8,9 \pm 0,7$ % и $9,1 \pm 1,4$ %, $p < 0,01$), что зависит от общей частоты отдельных проявлений снижения качества конструкций (для цельнолитых - $6,8 \pm 0,7$ %; для комбинированных - $13,8 \pm 1,2$ %, $p < 0,05$) и, в отличие от коронок, ИТК мостовидных протезов не зависит от однородности конструкционного материала (ИТК: для цельнолитых - $1,8 \pm 0,03$ %; для комбинированных - $1,3 \pm 0,3$ %, $p > 0,05$).

Заключение. Качество искусственных коронок определяется продолжительностью клинической эксплуатации конструкции и в раннем периоде их клиническая эксплуатация достоверно выше, чем комбинированных; при этом и в отдаленном периоде клинической эксплуатации цельнолитые коронки характеризуются более высокими значениями показателя качества.

Юсупова З.Х., Шамсидинов А.Т., Файзов К.С.

СОСТОЯНИЕ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ТЕРМОПЛАСТА ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить влияние различных дезинфицирующих гигиенических средств на состояние съёмных зубных протезов из термопласта.

Материал и методы исследований. На базе кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ за период с 2018 по 2020 гг. под нашим наблюдением находились 23 пациента (мужчин – 7, женщин – 16) в возрасте от 40 до 70 лет с различными дефектами зубных рядов, которым были изготовлены протезы из термопласта (нейлон).

Для оценки влияния различных химических гигиенических растворов на зубные протезы все больные были разделены на 3 группы. Первой группе (8 пациентам) рекомендовали использовать для гигиенического ухода за протезом раствор «Корегатабс», второй группе (7 пациентам) рекомендовали препарат «Локалют» и третьей группе (7 пациентам) – гипохлорит натрия в соотношении 1:10.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам рекомендовали, прежде всего, тщательную механическую очистку зубных протезов с последующим использованием одного из видов дезинфицирующих средств. Оценку состояния съёмных протезов проводили визуально. Выявляли наличие трещин в базисе съёмного зубного протеза, поломок искусственных зубов и элементов крепления съёмной ортопедической конструкции. У первой группы пациентов на момент осмотра (спустя 3 месяца) не обнаружилось изменений цвета базиса протеза, бактериального налета, шероховатостей и микроцарапин. У пациентов второй и третьей групп нами были обнаружены значительное изменение цвета базиса протеза, бактериальный налет, шероховатости и микроцарапины.

Заключение. Таким образом, раствор «Корегатабс» обладает преимуществами перед другими гигиеническими растворами, не оказывает отрицательного эффекта на состояние съёмных зубных протезов из термопласта.

Яковенко О.И., Акимов В.П., Яковенко Т.В.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКТАЦИОННЫХ МАСТИТОВ

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Сформировать современный подход к комплексному лечению гнойного лактационного мастита.

Материал и методы исследований. Мы располагаем опытом лечения малоинвазивными способами 94 абсцессов молочной железы, которые явились осложнением лактационного мастита, в период 2018-2021 гг. Все пациенты находились на амбулаторном лечении. Большинство (87%) пациенток сохранили лактацию. В 74% случаев абсцессы молочных желез возникли на сроке лактации

до 3 месяцев. Диагноз абсцесса молочной железы устанавливался на основании клинических, инструментальных сведений, а также результатов диагностических пункций. Все хирургические вмешательства по поводу абсцессов молочной железы лактационной этиологии проводились в условиях местной инфильтрационной анестезии.

Пункция лактационного абсцесса (до 3-4 см в диаметре) осуществлялась у 54 пациентов (1 группа) толстой иглой после сцеживания /кормления, после пункции полость

абсцесса промывалась антисептиком с бактериологическим посевом и осмотром через 1-2 дня. При дренировании абсцесса молочной железы у 40 пациентов использовалось "пассивный отток", промывание дренажа раствором антисептика в течение 3-7 дней (2 группа). Системы вакуумной аспирации не использовались.

Грудное вскармливание поощрялось для всех пациентов. Эмпирически всем назначалась антибиотикотерапия, нестероидные противовоспалительные средства, пробиотики. Все пациенты были обучены приемам правильно организованного грудного вскармливания и профилактике дальнейших застоев и мастита. Кормление из пораженной молочной железы было рекомендовано через 24 часа после выполнения дренирующей операции.

Оценка болевой шкалы проводилась с использованием числовой шкалы оценки NRS, удовлетворенности косметическим результатом - по телефону через 8 недель после операции.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил $24,9 \pm 4,5$ года. 23% пациентов имели трещины сосков на стороне пораженной груди. 86% до возникновения абсцесса имели в анамнезе лактостаз пораженной молочной железы. В 85% случаев абсцессы были односторонними, в 1 случае абсцессы развились в обеих молочных железах. Средний диаметр абсцессов в первой группе

составил 24 ± 8 мм, во второй группе - 53 ± 9 мм. По результатам бактериологического исследования в 11% случаев роста патологической микрофлоры не обнаружено. В большинстве случаев (72%) выявлен золотистый стафилококк. Средняя продолжительность дренирования составила $4,4 \pm 1,2$ дня. Ни у одного пациента не выявлено рецидива заболевания, хронического свища или повторной раневой инфекции.

Средняя оценка степени выраженности болевого синдрома составила в день операции $4,4 \pm 1,2$ баллов, через 1 день после операции интенсивность болевого синдрома была $2,3 \pm 0,8$, на 3 сутки после операции - $1,3 \pm 0,5$. Средний балл удовлетворенности косметическим результатом составил $3,0 \pm 0,2$. Грудное вскармливание продолжалось у 78,1% через 8 недель после операции.

Заключение. Лактостаз и лактационный мастит являются основными причинами возникновения абсцессов молочных желез. Наличие трещин сосков также является одним из факторов риска осложненного течения мастита.

Оптимальное лечение лактационного мастита, осложненного абсцессом молочной железы, включает в себя эффективное опорожнение молочной железы, назначение антибактериальных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов, минимально-инвазивные способы санации очагов хирургической инфекции.