

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

**ТАМОҶУЛИ МУОСИРИ ИЛМ ВА АМАЛИЯ
ДАР СОҲАИ ТАНДУРУСТӢ**
Маводҳои конференсияи XXVIII-уми солонаи илмӣ-амалӣ
(бо иштироки коршиносони давлатҳои бурунмарзӣ)

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ НАУКИ И ПРАКТИКИ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции
(с международным участием)

**MODERN TRENDS IN DEVELOPMENT SCIENCE
AND PRACTICE IN THE FIELD OF HEALTHCARE**
Materials of yearly XXVIIIth Scientific and Practical Conference
(with international participation)

7 октября
Душанбе-2022

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Асрори Мухтор, Рахимов Б.Р., Меликова Н., Бердиев Г. Вопросы гемофилии в Республике Таджикистан	13
Воробьева А.В. Некоторые итоги разработки организационной технологии поддержки профессионального эффективного долголетия медицинских работников старших возрастных групп	13
Давлятова Н.А. Маълумот ва омӯзиши проблемаи тиббӣю иҷтимоӣ кӯдакони синни то 18 сола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон	14
Джаборова Т.С., Рахматова Н.А. Организационно-методические рекомендации по совершенствованию управления трудовыми ресурсами системы здравоохранения	15
Джураев Д.Э., Гурезов М.Р., Сирожидинов Х.М. Результаты определения структуры потребности в пародонтологическом лечении у лиц с зубочелюстной аномалией	16
Камалова С., Кузиева Л., Азизов З., Магзумова Ф.П., Мирзоев С. Особенности психоэмоционального состояния пожилых людей при различных социальных условиях	17
Кузиева Л.С., Махмудова Р.И., Одинаева Н.В. Физическая терапия как один из эффективных методов реабилитации больных и инвалидов	19
Мавлянова З.Р., Хамиджанов Э.Х., Ходжибоев Ш.С., Турдалиева Ч.Э. Вклад Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ в подготовку медицинских кадров для ЛПУ Согдийской области Республики Таджикистан	20
Махмудова П.У., Муминзода Б.Г., Махмудова Р.У., Закирова К.А., Зиёзода З.К. Смертность ВИЧ-инфицированных лиц от туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью	21
Мирзабекова Б.Т., Саидова Х.О., Маликоева С.А., Исломова З.К. Современные подходы к анализу причин ранней неонатальной смертности среди доношенных новорожденных	23
Мухамадиева С.М., Мирзабекова Б.Т., Истамова Г.Д., Юнусова З.Д. Элементы непрерывного обучения акушеров в период совершенствования системы регионализации в стране	24
Норкулов Т., Тоиров М.Г., Баҳодуров Х.Ф. Заминаҳои такмили қорҳои тарбиявии табибон шунавандагон дар курси бемориҳои дарунӣ	25
Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Воситзода З.Ф. О выполнении распоряжения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан №984 и распоряжения Министерства образования и науки Республики Таджикистан №1406 «О рассмотрении комплекса мероприятий по охвату дегельминтизацией» от 03.11.2021 г. среди детей от 7 до 14 лет в ГУ «Городской центр здоровья №1» г. Душанбе	26
Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Исмоилова Т.М. Влияние гигиенических навыков на профилактику и распространение глистных инвазий среди членов семьи в Республике Таджикистан	27
Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Наджмидинова К.И. Влияние численности членов семьи на распространённость гельминтных заболеваний в Республике Таджикистан	28

Ошурмамадова Р.Б., Бошиева Г.У., Намозова З.С.	
Структура причин первичной аменореи у женщин раннего репродуктивного возраста	29
Раджабзода Н.	
Алгоритм прегравидарной подготовки и дородовой помощи женщинам, перенесшим неразвивающуюся беременность	29
Раджабова Г.К., Султанова Дж.М.	
Статистический анализ встречаемости, госпитализации и уточнения предикторов исхода заболеваний у женщин с сочетанной неотложной патологией органов брюшной полости и малого таза	30
Рахимов З.Я.	
Важнейшие проблемы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан	31
Рахимов З.Я.	
Профилактика и контроль коррупционных отношений в медицинской практике Таджикистана	32
Рахматова Н.А., Хусаинова А.А.	
Сравнительный анализ показателей заболеваемости по Республике Таджикистан за 2016-2020 гг.	33
Рахматуллаева М.А.	
Структура коморбидной патологии у детей, страдающих врожденным дефектом межжелудочковой перегородки	34
Саидова Х.О. Мирзабекова Б.Т., Муминова Ш.Т., Ахмадова У.С.	
Результаты ультразвукового скрининга врожденных пороков развития плода (на примере г. Душанбе)	35
Самадова Г.А., Дадабаева Б.С.	
Новое звено в структуре ПМСП – кабинет доврачебного приема	36
Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т.	
Анализ качества образования на кафедре сестринского дела в семейной медицине	36
Файзиев И., Файзиев Ф.И., Мамаджанов Ш.И.	
Алгоритм реабилитационных мероприятий для детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба	38
Хайридинов М.Т., Хайридинов Д.М.	
Компоненты метаболического синдрома среди пожилого населения Республики Таджикистан	39
Хайридинов М.Т., Хайридинов Д.М., Негматов Х.	
Распространенность некоторых факторов риска метаболического синдрома среди молодого городского населения	40
Хайруллоева Э.Д., Замирова Н.С., Олимов Э.М., Асадов С.К., Бурхонов Ш.	
Реализация и внедрение проекта европейского союза CHILDCA в ГОУ «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»	41
Хисомова Х.К., Ортикова М.М., Кабиров К.М., Одинаева П.А.	
Оценка состояния здоровья детей-инвалидов в 2022 году в ГО «Городской центр здоровья №1» УЗ г. Душанбе	43
Шамсидинов А.Т., Файзов К.С., Исмоилов Ф.Н., Юсупова З.Х.	
Сравнительная оценка обсеменённости возбудителями инфекций объектов внешней среды в стоматологических поликлиниках г. Душанбе	45
Шарипов А.А., Шарипова Ш.Т., Назираи Анвар, Ёдгоров С.О.	
Ваксинатсияи зидди COVID-19 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон	46
Шокиров Т.М., Нозиров Дж.Х., Мурадов А.М., Мурадов А.А.	
Ретроспективный анализ причин, приводящих к развитию терминальной стадии хроническо болезни почек у жителей Таджикистана	48
Шукурова С.М., Рахматуллоев Х.Ф., Гоибназаров А.А.	
Полиморбидность у пожилых больных с фибрилляцией предсердий	48

Юнусова Д.З., Набиев З.Н., Гадоева Х.С., Намозова З.С.

Анализ значимых факторов перинатального центра г. Куляба в рамках совершенствования системы регионализации

49

РАЗДЕЛ II ТЕРАПИЯ

Азимзода С.М., Каримова Ф.Н.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в Таджикистане

51

Асламова Г.К.

Клинико-анамнестическая характеристика и особенности течения внегоспитальной пневмонии у детей с избыточной массой тела

52

Асрори М., Давлатов С.Т., Атоев И.Т., Рахматов М.К.

Беморони гирифтори гемофилия ва сиркумсия

53

Ахмедова М.М., Ахмеджанова М.Ш., Икромов Т.Ш., Ахмедов К.А.

Использование цветного доплеровского сканирования в диагностике очаговых образований щитовидной железы у детей

54

Ахмедова М.А., Ахмедов Ф.А., Джалолова З.А., Хасанова Г.А.

Наш опыт лечения сахарного диабета народным средством «Мумиё»

54

Ахунова Н.Т., Холова З.У., Холов С.С., Асрори Мухтор

Суставной синдром у больных с различными ревматическими заболеваниями

55

Бобоев М.В., Бахроми М.Т.

Анализ восстановления гемодинамических нарушений у больных с хронической сердечной недостаточностью после снижения частоты желудочковых экстрасистол и уменьшения дилатации камер сердца

57

Байбабаев А.А.

О влиянии ситуации с пандемией COVID-19 на клинические проявления панических расстройств

58

Гадоев С.Х., Ахунова Н.Т., Холова З.У., Бобиева Н.Х.

Оптимизация лечения ренальной анемии у больных с сахарным диабетом

59

Гадоев С.Х., Рашидов И.М., Паноева М.С., Бобиева Н.Х.

Современные методы лечения инфекции мочевых путей

60

Джураев М.Н., Камолова Ч., Тавакалов М.М.

Астматический бронхит у детей с преморбидными заболеваниями

61

Иззатов Х.Н., Абдурахманова Р.Ф., Файзуллоев А.Х., Шарифова Б.А., Хокиров Д.

Наш опыт лечения нейропатии лицевого нерва методом рефлексотерапии

61

Касымов О.И., Салимов Б.М., Шукурова М.А., Салимов А.М.

Зиндиги при очаговой алопеции у детей

63

Касымова С.Д., Рахмонов В.Д.

Гликозилированный гемоглобин как показатель адекватной терапии сахарного диабета 1 и 2 типов

64

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

Клинические проявления и диагностика туберкулёзного менингита на фоне ВИЧ-инфекции и туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью

65

Мирахмедова М.А., Ахмедова М.А., Касымова С.В., Назарова Р.Н.

О применении дулаглутида (трулисита) при сахарном диабете 2 типа

66

Мирзовалиев О., Шукурова С.М.

Клинико-функциональные особенности течения остеоартрита и остеопороза

67

Мирзовалиев О., Шукурова С.М.

Приверженность и оптимизация терапии у больных остеоартритом в ассоциации с остеопорозом

68

Музаффаров Ш.С., Махкамов К.К., Зарипов А.Ш. Оптимизация антиоксидантной защиты организма новорожденных с врожденной цитомегаловирусной инфекцией	69
Муниева С.Х., Исломзода М., Каримов Х., Сайдаминов Н. Частота различных изменений ногтей в практике врача-дерматовенеролога	70
Муниева С.Х., Пулатова Л.Д., Алимова Н.Ф., Гулзода М.Н. Раннее поседение волос у детей	71
Нарзуллаева А.Р., Табаров А.И. Структурно-функциональная характеристика больных острым инфарктом миокарда осложнённого течения	73
Нозиров Дж.Х., Мурадов А.М., Исматуллозода С.И., Мурадов А.А., Нозиров А.Дж. Состояние липидного обмена у больных с рефрактерными дислипидемиями	74
Олимова Ф.К., Очилдиева Н.Ш., Махкамов К.К. Зуддияти инкишофи нуқсонҳои модарзодӣ дар навзодон ва омилҳои барангезандаи онҳо	75
Раджабова Г., Кабирзода Р., Шукурова С.М. Ремоделирование сердца у больных с ожирением при коморбидной кардиальной патологии	75
Раупова Р.И., Набиев Д.А., Расулов И.А., Бобоназарова Р.Х. Эффективность различных схем эрадикационной антихеликобактерной терапии гастродуоденита и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей	76
Рахматуллоев Х.Ф., Файзуллоев А.И., Шукурова С. М. Прогностическое значение фибрилляции предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью с разной фракцией выброса левого желудочка	77
Решетняк В.И., Маев И.В. Механизм развития недостаточности питания при первичном билиарном холангите	78
Саломова Б.Б., Хамроева Д.Х. Особенности бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста с пневмонией	79
Табаров А.И. Анализ основных факторов риска с фатальными и нефатальными осложнениями инфаркта миокарда	79
Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М., Токмалаев А.К., Маджонов М.Дж. Функционально-метаболическая активность нейтрофилов при трехдневной малярии у детей	80
Файзуллоев Ф.А., Давлатова С.Н., Таджибаева З.А., Акбаров Ш.З. Особенности клинического течения врожденных пороков сердца у детей с синдромом Дауна	82
Файзуллоев Ф.А., Таджибаева З.А., Давлатова С.Н., Разоков Дж.Н. Особенности клинического течения врожденных пороков сердца у новорожденных детей	83
Холов С.С., Шукурова С.М. Клинико-гендерные особенности болезни Бехчета	83
Холова З.У., Меликова Н.А., Ишмирзоев Р.Э. Современные аспекты лечения НПВП-ассоциированной патологии верхних отделов ЖКТ	84
Шамсудинов Ш.Н., Авезов С.А., Тошболтаева С.С. Влияние кверцетина на функциональное состояние печени у белых крыс с аллоксановым диабетом	85
Шамсудинов Ш.Н., Мирзоев О.Н., Тошболтаева С.С. Влияние сухого экстракта родиолы холодной на липидный и белковый обмен у белых крыс с аллоксановым диабетом	87

Shukurova S.M., Holov S.S., Zoidova F.M. Diagnostic approach of Behcet's disease in Tajikistan	89
Шукурова С.М., Файзуллоев А.И. Факторы риска сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом 2 типа	89
Юнусбаева М.Ш., Икромов Т.Ш., Асламова Г.К. Антибактериальная терапия при пневмонии у детей раннего возраста	90
Янгибаева Б.У. Особенности функционального состояния вегетативной нервной системы у детей с железодефицитной анемией	91

РАЗДЕЛ III ХИРУРГИЯ

Исмоилов А.А., Муллоджанов Г.Э., Ашууров Г.Г. Структурная оценка причин неудовлетворенности пациентов при протезировании на дентальных имплантатах	92
Бободжонов Дж.Н., Шарипов Г.Н., Хакимзода Б.Х., Саидов М.М. Сравнительная характеристика применения двух методик иссечения тканей при абдоминопластике	93
Гаибова З.В., Нейматзода О., Давлатова Р.К., Рахмонов Дж.К. Эффективность одномоментной реваскуляризации миокарда и нижних конечностей	93
Глуценко В.А., Мацнева М.А., Розенгард С.А., Рязанкина А.А. Коррекция железодефицитной анемии в предоперационном периоде	94
Глуценко В.А., Розенгард С.А., Рязанкина А.А. К вопросу о выборе метода чрескожной дилатационной трахеотомии	95
Гульмуратов У.Т. Применение эндовенозной лазерной облитерации и минифлебэктомии по методике Варади при хронической венозной недостаточности нижних конечностей	96
Гульмуратов У.Т., Султонов Д.Д. Применение препарата «Роксалан» 20 мг (ривароксабан) при лечении больных с перенесенным острым илеофemorальным тромбозом	97
Гурин М.Н., Глуценко В.А., Берлев И.В., Головач В.М. Применение пневмоперитонеума с низким внутрибрюшным давлением при лапароскопических онкогинекологических операциях	98
Давлатов С.Б., Сулаймонов С.Ч., Баходуров Дж.Т., Асадов С.К. Хирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки у детей	99
Давлатов С.Б., Рофиев Р., Ибодов Х., Асадов С.К. Функциональные изменения функции печени при осложненном эхинококкозе у детей	99
Джононов Д.Д., Артыков К.П., Давлатов А.А., Исмоилов М.М. Особенности реплантации пальцев кисти у детей	100
Дустов Ш.Б., Нозиров Дж.Х., Мурадов А.М., Мурадов А.А., Нозиров А.Дж. Ремоделирование и дисфункция желудочков сердца при острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности	101
Ёров У.У., Назарзода Ф.Н., Сатторов В.Т., Назаров Х.Ф. Лапароскопия как выбор метода лечения при эхинококкозе печени у детей	103
Зиебоев Ш.А., Дадобоев А.Д., Эрматов Х.С., Файзрахимов Х.Н. Лечение внутрисуставных переломов пяточной кости	103
Зиебоев Ш.А., Юсупов А.М., Сироджов К.Х. Наш опыт лечения аваскулярного некроза головки бедренной кости после COVID-19	104
Зурбекова Ш.Р., Махмамов К.К. Влияние факторов риска преждевременных родов и антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома на смертность недоношенных детей	105

Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов А., Мираков Х. Экстравезикальная реимплантация мочеточника (экспериментальная работа)	106
Ибодов Х., Рофиев Р., Мираков Х., Давлатов А. Лечение нерефлюксирующего мегауретера у детей	107
Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б. Диагностика и лечение врожденной высокой кишечной непроходимости у детей	108
Ибрагимов Ш.С., Тоиров М.Г., Расулзода С.Ч., Сайфуллоев Н., Ибрагимов А.Ш. Ташхис ва пешгирии гепатитҳои вирусӣ дар соҳаи стоматология	109
Иброхимов Н.К., Мухиддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Абдуллозода Ф. Резекция печени при калцинированном эхинококкозе	110
Икромов Т.Ш., Мурадов А.М., Абдуллашев А.А., Лоикзода Дж.Д., Иброхимзода А. Эффективность периоперационной подготовки у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек	111
Икромов Т.Ш., Абдуллашев А.А., Ибодов Х.И., Ходжаева Дж.К., Мамадаминова С.Х., Ахмедова Ш.М. Профилактика пневмонии после эхинококэктомии из легких у детей	112
Имомова Ф.З., Каримов С.М. Ретроспективная оценка заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса в ассоциации с межсистемными нарушениями	113
Исмоилов М.М., Шаймонов А.Х., Мирзоев Н.М., Шамсов Н.Х. Ведение пациенток с последствиями ожогов груди и шеи	114
Исмоилов М.М., Шаймонов А.Х., Саидов М.С., Исмоилов Э.Х. Использование несвободного пахового лоскута при простых поверхностных дефектах верхней конечности	115
Исмоилова М.Ш., Мурадов А.М., Шумилиная О.В., Мурадов А.А., Рустамова М.С. Структурно-функциональное состояние левого желудочка сердца при физиологическом течении, умеренной и тяжелой преэклампсии беременных в третьем триместре	116
Исмоилова М.Ш., Мурадов А.М., Шумилиная О.В., Мурадов А.А., Рустамова М.С., Шумилиная М.В. Вариации типа кровообращения у беременных с умеренной и тяжелой преэклампсией в третьем триместре	118
Каримов И.В., Асадуллоев А.Л., Каримов И.И. Лечение распространённого аппендикулярного перитонита у детей	119
Каримов Ш.З., Одил С., Гиёсиев И.К. Радиочастотная абляция различных форм наджелудочковой тахикардии	120
Каримов С.М., Гурезов М.Р. Результаты клинического испытания лейкоцитарного интерферона у соматических больных с рецидивирующим герпетическим стоматитом	121
Каримов С.М., Сирожидинов Х.М. Результаты системного анализа сочетанного поражения пародонта и слизистой оболочки полости рта в зависимости от общего состояния организма	122
Кахарова Р.А., Сироджеев Д.Н., Рабиев А.Х., Бобоходжаева Т.Д. Пути реабилитации больных с недержанием кишечного содержимого	123
Кахарова Р.А., Сироджеев Д.Н., Баладжонов Ш.М., Бобоходжаева Т.Д. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с послеродовыми разрывами промежности	124
Комилов Т.Т., Мурадов А.М., Мурадов А.А., Шумилиная О.В., Файзуллоев Х.Т., Рофиева Х.Ш. Ближайшие и средне отдаленные исходы у больных, перенесших инфаркт миокарда, осложненный острым почечным повреждением	125

Косимов З.К., Азизов А.Т., Халифаев У.Р., Раджабова М.М. Влияние внутривенного лазерного облучения крови на время выживаемости параметрий у больных с перитонитом	126
Мираков Х., Ибодов Х., Икромов Т.Ш., Рофиев Р., Ибодов Н.С. Нерефлюксирующий мегауретер как порок развития мочевыделительной системы в антенатальном и постнатальном периодах	127
Мирзоев Д.С., Ибодов Х., Яхшибекова Ш.Дж., Рофиев Р., Давлатов А. Диагностика и лечение болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста	128
Мирзоев М.Ш., Байриков И.М., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О. Совершенствование хирургических методов лечения патологии височно-нижнечелюстного сустава с использованием материалов из никелида титана	129
Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О., Хушвахтов Д.И., Хушвахтов Д.Д. Диагностика слюннокаменной болезни с учетом стадии патологического процесса	130
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Хушвахтов Д.Д., Рахмонов И.Р. Определение эффективности барьерных мембран из никелида титана при замещении костных дефектов челюстей	131
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.Д., Хушвахтов Д.И., Ходжаев М.У. Цитологические исследования различных фаз течения гнойных ран полости рта	132
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Ходжаев М.У., Рахмонов И.Р. Проявления заболеваний слизистой полости рта у больных, перенесших COVID-19	133
Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Касимова С.А. Первый опыт имплантации факичных ИОЛ детям с миопической анизометропией высокой степени	134
Муллоджанов Г.Э., Исмоилов А.А. Показатели прироста интенсивности кариеса зубов у пациентов с врожденной расщелиной губы и нёба в зависимости от минерализирующей способности смешанной слюны	135
Мурадов А.М., Комилов Т.Т., Файзуллоев Х.Т., Мурадов А.А., Шумилина М.В., Рофиева Х.Ш. Хроническая сердечная недостаточность у больных, перенесших инфаркт миокарда, осложненный острым почечным повреждением, в ближайшие и средне отдаленные сроки	136
Мурадов А.М., Шумилина О.В., Комилов Т.Т., Файзуллоев Х.Т., Мурадов А.А., Рофиева Х.Ш. Хроническая болезнь почек у больных, перенесших инфаркт миокарда, осложненный острым почечным повреждением, в ближайшие и средне отдаленные сроки	138
Мухиддинов Н.Д., Болтуев К.Х., Курбонов Н.Г., Абдуллозода Ф., Азизов Ф.А. Видеолапароскопия в хирургическом лечении перфоративных гастродуоденальных язв	139
Мухиддинов Н.Д., Болтуев К.Х., Абдуллозода Ф., Муродова Ш.М., Мукимов Ш.Г. Видеолапароскопическая диагностика острого деструктивного аппендицита, осложненного перитонитом	140
Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Абдуллозода Ф., Мирон Ф.Н., Хомидов Ф.Б. Малоинвазивные технологии лечения желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой	141
Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Абдуллозода Ф., Мирон Ф.Н., Абдурахманов И.Р. Современные методы диагностики холецистохоледохолитиаза	141
Назарзода Ф.Н., Назаров Х.Ф., Ёров У.У., Назарова Ш.Ф. Факторы риска интраоперационных осложнений при лапароскопической холецистэктомии	143
Назирова С.Н., Рузиев Ш.И., Раджабов Ш.Ю., Шарифов М.С. Диагностическая ценность при тяжёлых черепно-мозговых травмах у детей	143

Нарзулоев В.А., Каримов С.С., Нарзулоева Ш.В., Кодирова А.В. Эффективность применения ксенотрансплантатов, приготовленных различными способами консервирования, для замещения костных дефектов скелета	144
Одил С., Джурсаев Ш.М., Тохиров Ф.С. Первый опыт имплантации кардиовертер-дефибрилляторов у больных с высоким риском внезапной сердечной смерти	145
Одинаева С.Х., Мардонова С.М., Бошева Г.У. Структура доброкачественных заболеваний молочных желез у женщин репродуктивного возраста с метаболическим синдромом	146
Рабиев Х.Х., Сафаров А.Х., Махмадалиев Б.Г., Сироджов К.Х. Оптимизация профилактики осложнений первичного эндопротезирования тазобедренного сустава при повреждениях проксимального конца бедра	147
Рабиев Х.Х., Сироджов К.Х., Сироджода М.С., Махмадалиев Б.Г. Оптимизация эндопротезирования тазобедренного сустава при повреждениях проксимального конца бедра с учетом кортикального индекса	148
Раджабов Ф.А., Икромов Т.Ш. Выбор метода внутривенной анестезии при врожденных спинномозговых грыжах у детей	149
Раджабова Г.К., Султанова Дж.М., Холмуродова С.Р. Особенности влияния операционного стресса на состояние свободно-радикального окисления и антиоксидантной емкости крови у женщин с сочетанной патологией органов брюшной полости и малого таза	150
Райимбердиев С.А., Бахриев И.И., Назиров С.Н. Морфофункциональное состояние надпочечников при артериальной гипертензии	151
Расулов Н.А., Кандаков О.К., Алимардонов Р., Рахимова С.У. Хирургическое лечение механической желтухи доброкачественного генеза	152
Расулов Н.А., Кандаков О.К., Алимардонов Р., Рахимова С.У., Сайдалиев Дж.М., Шохуджаев А. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии	152
Расулов С.Р. Комплексное лечение фиброзно-кистозной болезни молочной железы в комбинации с препаратом «Миомекс»	153
Рахимов Д.А., Маматов Т.Ю., Маматова Т.Т., Турдалиева Г.С. Эффективность стентирования при обструктивном пиелонефрите беременных	155
Рахимов Д.А., Бобоев Ш.С., Рахими Ш.Д., Джурсаев Х.И. Комбинированная терапия препаратом «Силаксетин» при лечении эректильной дисфункции	156
Рахимов Д.А., Бобоев Ш.С., Убайдуллоев А.Х., Турдалиев С.Х. Литиаз семенного пузырька (редкий клинический случай)	157
Саидов М.С., Ходжамурадов Г.М., Исмоилов М.М., Саидова М.М. Опыт применения силиконовых имплантатов при различных косметических дефектах	158
Сайдуллоев Л., Сайфуллоев К.У. Эффективность препарата «Сиалис» в лечении эректильной дисфункции	159
Сайдуллоев Л., Тухтаров И., Хайруллоева М.Х. Эффективность препарата «Простаб» при лечении хронического простатита	159
Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В. Диагностика и лечение врожденной низкой кишечной непроходимости у детей	160
Саттаров В.Т., Воҳидов Н.Б., Алимов З.З., Қосимов З.К. Фишорпастии шараёни ҳангоми беҳискунии ҳароммағзӣ ва табобати он	161
Сафаров А.Х., Сироджов К.Х., Бегов А.Х., Рабиев Х.Х. Оптимизация хирургического лечения нестабильных переломов костей таза у пациентов с сочетанной травмой	162

Сафаров А.Х., Сироджов К.Х., Махмадалиев Б.М., Рабиев Х.Х. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения повреждений конечностей при сочетанных травмах	163
Сафарова З.Р., Мухаммадиева С.М. Медико-социальная характеристика беременных после экстракорпорального оплодотворения	164
Сироджов К.Х., Сафаров А.Х., Сироджзода М.С., Махмадалиев Б.Г. Улучшение результатов комплексного лечения сочетанного повреждения конечностей путем коррекции липидного обмена	165
Файзиев И.Д., Мамаджонов Ш.И., Джурраев Б.Л., Якубов Р.М., Асимов О.Д. Отдалённые осложнения COVID-19 и их проявления по данным отделения челюстно-лицевой хирургии СОКБ г. Худжанда	166
Файзуллоев Х.Т., Мурадов А.М., Табаров А.И. Влияние легких на состояние гемокоагуляции при сочетании инфаркта миокарда и ишемического инсульта	166
Файзуллоев Х.Т., Мурадов А.М., Бухоризода Б.К. Гемореологическая функция легких в различных бассейнах сосудистого русла при сочетании инфаркта миокарда и ишемического инсульта	167
Хайридинова Дж., Ахмеджанова Г.А., Муродалиева Б.Ш., Джумаева М.Х. Приемлемость и практическая эффективность подкожного чисто прогестинового контрацептива «Левоплант» для женщин групп высокого риска	168
Хакназаров Х.Ш., Абдуллозода М.Ф., Рустамзода Х.К., Хакназарова Ф.Х. Эффективность плазмафереза при лечении преэклампсии у беременных	170
Халифаев У.Р., Хамидов Д.Б., Касимов З.К., Холназаров Ш.Э., Саидов Д.Х. Оксидантный стресс у больных с абдоминальным сепсисом	171
Ходиев Ш.И., Бояков Ё.Д., Мирзоолимов Ш.А., Басиров У.К. Лапароскопические операции при солитарных кистах печени	171
Шамсидинов Б.Н., Касиров И.М., Бегов А.А., Тагаймуродова Ш.Ф. Лазеротерапия как эффективный метод комплексной терапии в послеоперационном периоде при некоторых ЛОР-операциях	172
Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А., Касиров И.М., Мухторова П.Р. Практическая значимость показателей иммунной системы при лечении рецидивирующего полипозного риносинусита	173
Шамсидинов Б.Н., Олимов Т.Х., Шайдоев С.С., Касиров И.М. Способ устранения интраоперационного повреждения слизистой оболочки при септопластике	174
Шокиров Т.М., Мурадов А.М., Нозиров Дж.Х., Шумилина О.В., Нозиров А.Дж. Гипокоагулирующая функция легких у больных с терминальной стадией хронической болезни почек, осложненной хронической сердечной недостаточностью	175
Юлдошев З.Ш., Муллоджанов Г.Э. Диагностическое и прогностическое значение эмалистой резистентности у детей	177
Юсупова З.Х., Артыкова Н.К., Исмоилов Ф.Н. Степень микробной контаминации протезов из акрилатов и полиуретана	178
Юсупова З.Х., Артыкова Н.К., Назарова М.З. Двухслойные базисные эластичные подкладочные материалы в клинической стоматологической практике	179
Юсупова З.Х., Артыкова Н.К., Назарова М.З. Лечение герпетической инфекции у лиц с несъёмными протезами с применением магнитно-лазерного излучения	180
Юсупова З.Х., Назарова М.З., Артыкова Н.К. Оценка гигиенического состояния полости рта у лиц с брекет-системами	181

Юсупова З.Х., Назарова М.З., Файзов К.С.

Обтурация дентинных трубочек фтор-апатитом или гидроксиапатитом после одонто-препарирования

182

Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г.

Эффективность применения небутамола и небуфлюзона в лечении нетяжелых и неосложненных форм острого риносинусита и ларинготрахеита у детей

183

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Асрори Мухтор, Рахимов Б.Р., Меликова Н., Бердиев Г.

ВОПРОСЫ ГЕМОФИЛИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить распространённость гемофилии в Республике Таджикистан (РТ).

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе гематологического отделения и консультативной поликлиники ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период с 2010 по 2021 гг. Ретроспективно проанализированы амбулаторные карты, ретро- и проспективно - истории болезни находившихся в стационарном лечении.

Всего обследовано 654 пациента с гемофилией по различным регионам РТ. Среди них мужчины составили 639, женщины – 15. Распространённость гемофилии изучали в расчёте на 100 тыс. населения. Были выделены следующие возрастные группы: 1-5, 6-11, 12-17, 18-45, 46 лет и старше. По клиническим формам патологии были дифференцированы: гемофилия А, гемофилия В, по тяжести пациенты были распределены на три группы: тяжёлая - активность факторов VIII и IX до 1%, среднетяжёлая - 2-5%, лёгкая - 5% и более.

Проведены лабораторные методы обследования: общеклинические анализы и биохимический анализ крови, определение факторов VIII, IX XI и XII, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПВ), тромбинового времени (ТВ), концентрации

фибриногена, количества тромбоцитов по Фонио, фактора Виллебранда (vWF).

Результаты и их обсуждение. В Таджикистане в 2021 году всего было зарегистрировано 654 больных с гемофилией, уровень распространённости составил 0,654 в расчёте на 100 тыс. населения (при 9 млн. 504 тыс. населения).

В РТ по уровню распространённости гемофилии доминировали районы Республиканского подчинения (РРП) (n=201; 31,0%), Хатлонская область (n=186; 28,6) занимала второе место, на третьем месте - Согдийская область (n=152; 23,3), 4 место занимал город Душанбе (n=100; 15,3%) на 100 тыс. населения. Среди пациентов с гемофилией преобладали мужчины (635 человек, 97,6%).

Пациенты с гемофилией до 18 лет составили 259 человек (40,0%). Среди пациентов с гемофилией преобладала гемофилия А (505 чел.; 77,6%), тогда как гемофилией В всего болели 145 чел. (11,0%). В основном, встречались легкая и средне-тяжелая формы патологии, тяжёлых форм было наименьшее количество.

Заключение. Республике Таджикистан по уровню распространённости гемофилии доминируют РРП, Хатлонская Согдийская области, город Душанбе. В ГБАО выявлено всего 15 пациентов с гемофилией на 100 тыс. населения. Среди пациентов с гемофилией преобладали мужчины, легкая и средне-тяжелая формы гемофилии.

Воробьева А.В.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАЗРАБОТКИ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПОДДЕРЖКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЭФФЕКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Семашко», Москва, Российская Федерация

Цель исследования. Определить значимость отдельных факторов риска, влияющих на снижение профессионального эффективного долголетия медицинских работников старшего трудоспособного возраста и меры по их коррекции.

Материал и методы исследования. Проведен анонимный очный анкетированный опрос 288 врачей г. Москвы и Московской области, который включал анкетные данные (возраст, пол), блок профессиональных данных (специальность, категория, стаж, врачебная нагрузка), учебный блок (ординатура, аспирантура, профессиональная переподготовка, повышение квалификации, тематическое усовершенствование, дополнительное медицинское образование), информационное обеспечение (используемые источники медицинской информации), блок оценки профессиональных компетенций, блок оценки когнитивных функций.

Результаты и их обсуждение. Дана оценка профессиональных навыков врача молодого и среднего возраста в сравнении с коллегами позднего трудоспособного и пенсионного возраста. Выявлена тенденция к снижению уровня профессиональных компетенций и результативности назначаемого лечения относительно возрастного фактора. Выявлена тенденция увеличения доли когнитивных расстройств у врачей относительно возрастного фактора. Предложены методы,

повышающие профессиональный потенциал врачей старшего трудоспособного возраста.

Исходя из полученных данных, в ходе исследования предлагается комплекс мер - оригинальные технологии сбережения здоровья для поддержки профессионального эффективного долголетия: трансформация методического обеспечения врачебной деятельности на основе внедрения экспертных систем, снижение когнитивной нагрузки на врачей пенсионного и предпенсионного возрастов путем монопрофильной переквалификации, тотальная постановка врачей с выявленными хроническими заболеваниями, начиная с 50 лет, на диспансерный учет. В качестве альтернативы рутинным формам обучения рассматривается технология «лечебной учебы», основанной на параллельном прохождении курсантами ежегодного диспансерного обследования и лечебно-реабилитационного курса в соответствии с персональным профилем morbidity в условиях многопрофильного стационара – регионального гериатрического центра. В обязательный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий должен входить когнитивный тренинг и стабилизация системной гемодинамики.

Заключение. Медицинские работники старших возрастных групп нуждаются в поддержании профессионального эффективного долголетия.

Давлятова Н.А.

МАЪЛУМОТ ВА ОМУЗИШИ ПРОБЛЕМАИ ТИББИЮ ИҚТИМОИИ КЎДАКОНИ СИННИ ТО 18 СОЛА ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

МД “Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона”

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши проблемаҳои тиббию иқтимоии кӯдакони синни то 18-сола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усули тадқиқот. Бо мақсади омӯзиши проблемаи тиббию иқтимоии кӯдакони синни то 18 сола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи маълумоти Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилооти тибӣ оид ба шумораи умумии аҳоли аз он ҷумла кӯдакон шумораи кӯдакони маъҷуб дар шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ, гурӯҳи маъҷуби писарон ва духтарони маъҷуб сабабҳои асо-

сии гирифта шудан ба маъҷубӣ мавриди таҳлил қарор додем.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи он. Дар натиҷаи таҳлил намудан аз рӯи маълумоти Маркази ҷумҳуриявии омор маълум шид, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон то 01.01.2021 сол шумораи умумии аҳоли ба - 9853076 нафарро ташкил медиҳад. Шумораи кӯдакони то синни 18 сола - 31 801 нафар мебошад, ки аз инҳо - 19049 нафарро писарон ва - 12752 нафарро духтарон ташкил медиҳанд. Шумораи кӯдакони маъҷуб то

01.01.2021 с. 153556 нафарро ташкил медиҳад, ки дар қиёс ба соли 2020 4377 нафар афзоиш ёфтааст. Шумораи кӯдаоне, ки ба гуруҳо тақсим шудаанд. Дар гуруҳи I – 16871 нафар дар гуруҳи II – 75596 дар гуруҳи III – 33543 нафар мебошанд. Шумораи кӯдакони маъҷуб аз рӯи бемориҳои системаи асаб – 13766, рӯҳи 6359, чашм – 2296, дил – 1501, узвҳои нафаскашӣ – 198, гурда – 388 ба қайд гирифта шудааст.

Хулоса. Таҳлил ҳонишон доданд, ки дар байни бемориҳои кӯдакони маъҷуб бартарии зиёд бо сабаби асосии гирифтӣ шудан ба маъҷуби ин бемориҳои системаи асаб, бемориҳои рӯҳӣ ва чашм мебошад. Ҳамин тавр истифодаи ин нишондиҳанда ҳобарои васеъ кардани дораи ёрии профи-латикӣ ва ҳалли масъалаҳои мониторингӣ, динамикии рушд ва инкишофи кӯдак заруранд.

Джаборова Т.С., Рахматова Н.А.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ УПРАВЛЕНИЯ ТРУДОВЫМИ РЕСУРСАМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кафедра общественного здоровья, экономики, управления (менеджмент) здравоохранением с курсом медицинский статистики ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Научное обоснование оптимизации профессионального роста и развития потенциала медицинских кадров и разработка научных подходов к системной подготовке управленческих кадров здравоохранения.

Материал и методы исследования. Включает организационно-методические аспекты исследования и характеристику базы исследования.

Объектами исследования явились руководители и медицинские кадры органов управления здравоохранением и лечебно-профилактические учреждения регионов.

Результаты и их обсуждение. Анализ состояния кадрового потенциала здравоохранения Республики Таджикистан выявил ряд недостатков в области планирования, подготовки и управления кадровыми ресурсами. В частности, отмечается диспропорция в распределении медицинских кадров, отсутствие методов планирования, отвечающих имеющимся потребностям в медицинских кадрах, несовершенная система высшего медицинского образования, отсутствие мотивации у медицинских работников для повышения качества работы, отсутствие управленческих навыков у руководителей учреждений здравоохранения. При проведении анализа динамики численности и состава врачей за 2018-2020 годы были учтены изменения, внесенные в перечень врачебных специальностей, касающиеся исключения

из перечня одних и включения в него новых специальностей.

Проведенный нами анализ динамики численности врачей Республики Таджикистан в 2018-2020 гг. показал разную направленность процесса по стране в целом (по всем ведомствам) и по системе здравоохранения.

В Таджикистане активно функционируют 20221 (2020 г.) врачей и 58614 (2020 г.) средних медицинских работников в секторе здравоохранения, в результате чего на 10000 населения приходится 21,3 врачей.

Существующее положение с кадровыми ресурсами здравоохранения ведет к их неэффективному использованию, и как результат, к сокращению получения качественной медицинской помощи населением. Эти факторы послужили основанием реформирования в области кадровых ресурсов здравоохранения с целью их совершенствования и улучшения здоровья населения. Базируясь на выявленных недостатках, предлагается подходить к их устранению интегрированно, с учетом основных аспектов, включая планирование, подготовку, управление и организацию работы кадровых ресурсов для получения максимального эффекта.

Решение стратегических задач кадровой политики в системе здравоохранения в решающей степени зависит от уровня развития управления человеческими ресурсами здравоохранения. При реформировании системы здравоохранения предъявляются повышенные

требования к потенциалу кадровой службы здравоохранения, функции и ответственность которой должны быть значительно расширены.

Отмечена несбалансированность подготовки кадров по специальностям: рост численности врачей-специалистов «узкого» профиля и уменьшение врачей терапевтического профиля (на 20,4%), педиатров (на 5,3%), санитарных врачей (на 30,7%), врачей скорой помощи (на 8,8%) и др. Асимметрия показателей обеспеченности кадрами в регионах, разнонаправленность имеющихся тенденций не могут обеспечить равные доступность и качество медицинской помощи для всех категорий населения. Развитие политики человеческих ресурсов здравоохранения Таджикистана нацелено на корректировку и улучшение качественной и количественной укомплектованности в целом и, в частности, в общих перечнях, отклонениях от общей укомплектованности и географическом дисбалансе. Снижается общий уровень основных медицинских работников. С 2015 года происходит постоянное снижение количества врачей в Республике Таджикистан. Основной проблемой, влияющей на снижение уровня кадрового потенциала сектора здравоохранения, является миграция. Работники сектора здравоохранения сталкиваются с ситуацией наличия крайне низкой заработной платы, что для них является основной движущей силой в поиске работы за границей.

Современная ситуация в здравоохранении республики требует совершенствования нормативно-правовой базы, обеспечивающей функционирование системы кадров здравоохранения, с проведением неотложных и глубоких преобразований в области управления человеческими ресурсами, без чего невозможно повышение качества и эффективности деятельности всей системы охраны здоровья населения.

Заключение. Степень практической важности изложенных выше организа-

ционно-методических рекомендаций по управлению кадрами в практике управления здравоохранением очевидна каждому руководителю. Известно, что оптимальный баланс между организацией, ее деятельностью и сотрудниками составляют основу успеха работы. Хорошее состояние этих взаимоотношений снижает сменяемость кадров, а в связи с этим - расходы, связанные с набором и подготовкой персонала. Несовершенный метод планирования и отсутствие мотивации медицинских работников привели к диспропорции в географическом распределении кадров между учреждениями первичной медико-санитарной и стационарной помощи. С целью смягчения всех видов существующих диспропорций предлагаются: внедрение метода планирования кадровых ресурсов здравоохранения, отвечающего реальной потребности населения в медицинской помощи; обеспечение высокоинформативной электронной базы данных по человеческим ресурсам на уровне МЗиСЗН РТ; совершенствование системы сбора информации для своевременного реагирования на происходящие изменения и принятия соответствующего решения управленцами здравоохранения на различных уровнях; разработка механизма мониторинга выполнения обязательной 3-годовой отработки по месту направления всех выпускников медицинского университета по социальному заказу; разработка и внедрение механизма приема в медицинские учебные заведения из регионов с низкой обеспеченностью кадрами; внедрение средств поощрения для привлечения и сохранения кадров, особенно в сельских местностях; совершенствование системы последипломного и непрерывного образования; предусмотреть систему стимулирования для врачей, занятых на важнейших перспективных и приоритетных направлениях медицинской деятельности (врачи общей практики, врачи села и др.).

Джураев Д.Э., Гурезов М.Р., Сирожидинов Х.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРУКТУРЫ ПОТРЕБНОСТИ В ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ У ЛИЦ С ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ АНОМАЛИЕЙ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. На основе комплексного пародонтологического обследования пациентов с аномалиями зубочелюстной системы определить структуру потребности в лечении заболеваний пародонта.

Материал и методы исследования. Комплексное стоматологическое обследование проведено в соответствии с критериями ВОЗ среди взрослого контингента населения. В группе наблюдения включены 578 пациентов с патологией пародонта, сочетающейся с аномалиями зубочелюстной системы. Диагноз «зубочелюстная аномалия» был поставлен на основании классификации Энгля, дополненной классификацией Д.А. Калвелиса. Все пациенты с патологией пародонта в сочетании с зубочелюстными аномалиями проходили клиническое обследование, включающее сбор анамнеза и осмотр. В качестве дополнительных методов исследования использовалось рентгенологическое исследование.

Для оценки пародонтологического статуса использовали индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта. Потребность в лечении заболеваний пародонта по вышеупомянутому индексу в возрастной группе 20-29, 30-39, 40-49 и 50-54 лет рассчитывали соответственно для 123, 130, 112 и 119 человек.

Результаты и их обсуждение. Обобщая данные проведенного нами пародонтологического исследования с использованием индекса CRITN, можно заключить, что распространенность заболеваний пародонта во всех обследованных возрастных группах с аномалиями зубочелюстной системы колебалась от $91,8 \pm 4,4\%$ до стопроцентного значения.

По результатам полученных данных выясняется, что в боковом отделе верхней челю-

сти справа не определяются пародонтальные карманы глубиной 6 мм и более (CRITN-4). Вместе с тем, соответствующие карманы глубиной 4-5 мм (CRITN-3) отмечены у 27 (5,6%) пациентов. В этом же отделе верхней челюсти такие патологические признаки пародонта, как зубной камень (CRITN-2) и кровоточивость дёсен (CRITN-1) выявлены соответственно у 41,6% и 41,3% обследованных лиц. Пациенты с интактным пародонтом (CRITN-0) составили 11,5% от общего количества обследованных пациентов.

Интенсивность пародонтальных сегментов с зубным камнем достигла $34,3 \pm 2,17\%$ в возрастной группе 20-29 лет, $45,6 \pm 3,97\%$ - в 30-39 лет и $55,9 \pm 4,56\%$, $51,4 \pm 4,25\%$, $33,4 \pm 2,20\%$ соответственно среди обследованных лиц в возрасте 40-49, 50-59, 60 лет и старше. Пародонтальные сегменты с карманами глубиной 4-5 мм составили $1,45 \pm 0,19\%$, $3,17 \pm 0,32\%$, $4,25 \pm 0,43\%$, $4,06 \pm 0,57\%$ и $2,13 \pm 0,36\%$ соответственно в возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 и 60 лет и старше.

Интенсивность сегментов с пародонтальными карманами глубиной 6 мм и более равнялась $0,36 \pm 0,12\%$ в возрастной группе 30-39 лет и $0,72 \pm 0,25\%$ - у 40-49-летних пациентов с аномалиями зубочелюстной системы. В последующих возрастных группах (50-59, 60 лет и старше) распространенность пародонтальных карманов глубиной 6 мм и более составила соответственно $0,33 \pm 0,14\%$ и $0,11 \pm 0,02\%$.

Заключение. Повышенный уровень пародонтологической заболеваемости взрослого населения обуславливает высокую потребность в лечении заболеваний пародонта. Структура потребности в пародонтологическом лечении зависит от наличия аномалии зубов и челюстей, а также возраста обследуемых.

Камалова С., Кузиева Л., Азизов З.,
Магзумова Ф.П., Мирзоев С.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

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

Цель исследования. Оценить особенности психоэмоционального состояния пожилых людей при различных социальных условиях.

Материал и методы исследования. В работе проведено изучение личностной и реактивной тревожности и степени депрессии по методике Спилберга (1981), Реана А.А.,

Бодроской Н.В. (2004) в четырех фокус группах. Группа Душанбе 1 – пожилые люди, посещающие клубы общения, Душанбе 2 – лишенные такой возможности. Группа Батош 1 – жители второго этажа (более изолированы), группа Батош 2 – жители первого этажа дома интерната.

Результаты и их обсуждение. Процесс старения и выход на пенсию затрагивает все сферы жизни пожилого человека и, в первую очередь, его психоэмоциональное состояние (ПЭС). Это состояние психологи называют «шок или синдром отставки». Социальная изоляция, в которую попадают пожилые люди после выхода на пенсию, сопровождается переживаниями по утрате своей социальной роли, ущербности, уменьшением доходов, ограничением контактов с последующим попаданием в информационный вакуум. Пожилые люди начинают ощущать свою ненужность обществу, чувствовать, что они становятся обузой семье. Это приводит к развитию мнительности, неуверенности в себе, сосредоточению интересов на здоровье, личностной и реактивной тревожности, которые препятствуют выполнению своих новых социальных ролей. Часть из них в силу об-

стоятельств попадают в дома-интернаты. Высокий уровень тревожности обычно сопровождается тяжелой депрессией и даже попытками к суициду, особенно в старших возрастных группах.

При изучении субъективного ПЭС (табл. 1) респондентов в Душанбе, установлено, что в наиболее неблагоприятной зоне находятся жители группы Душанбе 2. Субъективные показатели ПЭС складывались из высокого уровня зависимости от окружения (45 б.), изоляции (32 б.) и унижения достоинства – проявления эйджизма, (34 б.), результатом которых может явиться высокая степень депрессии. Более благоприятные показатели ПЭС объясняются тем, что группа Душанбе 1 живёт активной жизнью, посещает клуб общения ОО «Центрально-Азиатский геронтологический центр», для них проводятся семинары, оказывается психологическая поддержка. У жителей дома-интерната, группа Батош 1, выявлена высокая степень изоляции (35 б.), зависимости от окружения (41 б.) и унижение достоинства (41 б.). В группе пожилых людей Батош 2 отмечена значительно меньшая зависимость от окружения и унижение достоинства (23 и 25 б.) соответственно.

Таблица 1

Дифференцированная оценка субъективного ПЭС пожилых людей в Душанбе и доме интернате «Батош», в баллах

Регионы	Беспокойство о здоровье	Доверие к людям	Изоляция	Зависимость от окружения	Унижение достоинства	Баллы	
						общ.	сред.
Душанбе 1	18,5	19,0	19,5	16,0	17,0	90,0	18,0
Душанбе 2	25,0	20,0	32,0	45,0	34,0	156,0	31,2
Батош 1	31	36	35	41	41	184	36,8
Батош 2	20	23	33	23	25	124	24,8

Нами также была проведена оценка объективного ПЭС пожилых людей по уровню тревожности и степени депрессии (табл. 2). Наиболее неблагоприятную объективную оценку ПЭС имеют пожилые люди из груп-

пы Душанбе 2. У них на уровне умеренной тревожности (12,8 баллов) имеется высокая степень депрессии (54 баллов). Эти группы нуждаются в консультации психологов и улучшении условий жизни.

Таблица 2

Дифференцированная оценка субъективного ПЭС пожилых людей в Душанбе и доме интернате «Батош», в баллах

Регионы	Уровень тревожности			Степень депрессии		
	низкий	умеренный	высокий	1	2	3
Душанбе 1	9,0	-	-	12,6	-	-
Душанбе 2	-	12,8	-	-	-	54,0
Батош 1			15,2			36,8
Батош 2		13,2			24,8	

При анализе ПЭС жителей группы Батош 1 чётко определяется высокая степень тревожности (15,2), что проявляется и высокой, третьей, степенью депрессии (36,8). В группе Батош 2 эти показатели находятся на более низком уровне, поэтому степень депрессии и уровень тревожности находятся на более благоприятном уровне – умеренная тревожность и 2 степень депрессии (13,2 и 24,8 соответственно).

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали наличие серьёзных проблем у лиц пожилого возраста в ПЭС, находящихся в изоляции и социальной зависимости от окружения, что приводит к высокой степени депрессии. Для решения этих проблем необходимо исследование всех сторон жизни бенефициаров, создание межведомственной рабочей группы по вопросам старения и разработка государственной стратегии (программы)

по вопросам старения. При разработке этого документа необходимо учесть приоритетные направления ММПД, Лиссабонской Политической декларации 2017 г., Глобальную стратегию и план действий по вопросам старения и здоровья ВОЗ, а также материалы Национальной стратегии развития Республики Таджикистан до 2030 года. При всем этом надо учитывать, что долголетие является важным ресурсом и прежде всего человеческим капиталом, который необходимо использовать на благо развития общества. Самой главной составляющей этого капитала является здоровье. Поэтому к пожилому возрасту каждый человек должен подойти здоровым физически, психологически и экономически, а также без каких-либо ограничений, связанных со старением. Для того, чтобы достичь здорового старения, необходимо пропагандировать и вести здоровый образ жизни.

Кузиева Л.С., Махмудова Р.И., Одинаева Н.В.

ФИЗИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

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

Цель исследования. Оценить роль использования физической реабилитации в комплексном лечебном процессе для восстановления больных и инвалидов.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились больные и инвалиды, госпитализированные в клинику НИИ в 2019 году, в комплексном лечении которых использовали активные формы лечебной физической культуры (ЛФК).

Результаты и их обсуждение. Из всех госпитализированных больных с гипертонической болезнью было 60 человек, инсульт перенесли 32 человека, что составляет 17% от общего числа исследуемых и 53% от всех больных с гипертонической болезнью. Такой высокий процент инсультов у больных с гипертонической болезнью ещё раз говорит о необходимости постоянного наблюдения за данной категорией больных. Пациенты с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом составили 12% и 6% соответственно. Особой разницы среди всех больных по

половому признаку не отмечалось, однако среди имеющих патологию опорно-двигательной системы женщины значительно преобладают - 59%, тогда как ишемическая болезнь сердца и перенесенное нарушение мозгового кровообращения чаще наблюдаются у мужчин - 64% и 69% соответственно.

Среди форм ЛФК использовали методы кинезотерапии; пассивную и активную гимнастику, ходьбу на тредмиле с низким градусом уклона, велоэргометрию, спиралевидную гимнастику для суставов по 8 направлениям (разновидность суставной гимнастики Твист), рефлексотерапию. При речевых нарушениях проводили занятия с логопедом-афазиологом по восстановлению речи, письма, чтения и счета.

Для больных с гипертонической болезнью, остаточными явлениями перенесенного нарушения мозгового кровообращения, ишемической болезнью сердца наиболее физиологическими способами восстановительного лечения явились дози-

рованная ходьба, тренировки на тредмиле (с низким градусом наклона и регулировкой скорости движения), пассивная и активная гимнастика, спиралевидная гимнастика, дыхательная гимнастика, рефлексотерапия. При этом комплекс предлагаемой ЛФК оценивался индивидуально, исходя из состояния больного, его физической подготовленности и навыками самообслуживания.

Заключение. Полученные результаты дают теоретические предпосылки для широкого распространения использования различных форм ЛФК в реабилитации больных с различной патологией. Необходимо повышать уровень знаний больных о пользе ЛФК и вырабатывать у данного контингента мотивацию по отношению важности систематического лечения с использованием различных форм ЛФК в восстановительном лечении.

*Мавлянова З.Р., Хамиджанов Э.Х.,
Ходжибоев Ш.С., Турдалиева Ч.Э.*

ВКЛАД ХУДЖАНДСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОУ ИПОВСЗ РТ В ПОДГОТОВКУ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ДЛЯ ЛПУ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Худжандское отделение ГОУ "ИПОВСЗ РТ"

Цель исследования. Показать роль и вклад Худжандского отделения ГОУ ИПОВСЗ РТ в усовершенствование знаний и практических навыков медицинских работников и подготовке квалифицированных кадров для ЛПУ Согдийской области Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнута образовательная деятельность Худжандского отделения ГОУ ИПОВСЗ РТ за период 2010 по 2021 годы.

Функционировали 11 кафедр и курсы - кафедра семейной медицины (Хамиджанов Э.Х.), кафедра хирургии (Кахаров М.А., Акилов Х.), кафедра стоматологии (Файзиев И.Д., Икромов Г.Д.), кафедра педиатрии (Раупов А.Р., Раупова Р.И.), кафедра сестринского дела (Мурадов А.М., Нурматова З.И.), кафедра внутренних болезней (Рахимова Т.Т., Урунова Ш.Ч.), курс акушерства-гинекологии (Касимова З.Н.), курс неврологии (Расулова Г.М.), курс инфекционных болезней (Юлдашев А.Ю.), курс ЛОР-болезней (Мавлянова З.Р.) В 2020 году организована кафедра лабораторного дела (Темирова Б.). В 2010 году кадровый потенциал отделения на 6 кафедрах и 4 курсах составлял 45 сотрудников, в том числе 4 доктора наук, профессора. 16 кандидатов наук, остальные - ассистенты с высшей квалификационной категорией.

Результаты и их обсуждение. За последнее десятилетие на кафедрах и курсах

Худжандского отделения на циклах усовершенствования и первичной специализации прошли обучение 2281 и 451 врачей, 4359 и 1328 медработников со средним образованием соответственно.

Обучение на всех курсах и кафедрах отделения института проводится на основании 114 учебных программ, утвержденных Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и Министерства образования и науки Республики Таджикистан. За этот период курсы усовершенствования квалификации прошли 8419 врачей и средних медицинских работников, в том числе первичную специализацию 251 врач и 1428 средних медицинских работников соответственно.

Так, на кафедре семейной медицины: семейные врачи - 185, семейные медсестры - 109; кафедре хирургии: врачи - 162, медицинские сестры - 305; стоматологии: врачи - 540, среднего образования - 302; по педиатрии: врачи - 281 и медицинские сестры - 335; по внутренним болезням: врачи - 399, медицинские сестры - 422; по сестринскому делу: медицинские сестры - 2769; по акушерству-гинекологии: акушеры-гинекологи - 688, акушерки - 844; по неврологии: врачи - 217, медицинские сестры - 33; по ЛОР-болезням: врачи - 156, медицинские сестры - 123; по инфекционным болезням: врачи - 118, медицинские сестры - 344. На новой кафедре

лабораторного дела, организованной в 2020 году, прошли обучение 16 врачей-лаборантов и 101 специалист со средним медицинским образованием.

На всех кафедрах внедрены современные инновационные методы обучения. Степень обеспеченности кафедр позволяет проводить лекционные и практические части обучения с использованием мультимедийных проекторов, с решением ситуационных задач, интерактивными методами. Контроль теоретических знаний проводится методом тестирования, оценка практических навыков проводится с использованием объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) по врачебным манипуляциям и клиническим ситуациям по программе, разработанной

сотрудниками кафедр/курсов отделения института.

Заключение. При нынешней ситуации в медицинских учреждениях и ограниченных материальных возможностях медицинских работников не представляется возможным обучение в образовательных медицинских учреждениях столицы республики или в республиках ближнего зарубежья.

Поэтому открытие отделения ГОУ ИПО-вСЗ РТ в г. Худжанде было своевременным как в плане оптимальной организации, так и с экономических позиций, что дало возможность медицинским работникам без ощутимых материальных затрат проходить обучение в областном центре или на выездных циклах усовершенствования непосредственно в регионах по месту жительства.

*Махмудова П.У., Муминзода Б.Г., Махмудова Р.У.,
Закирова К.А., Зиёзода З.К.*

СМЕРТНОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"
ГУ «Республиканский центр защиты населения от туберкулёза»
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить динамику смертности от множественно лекарственно устойчивых форм микобактерий туберкулёза (МЛУ ТБ) среди ВИЧ-инфицированных лиц в Республике Таджикистан за период с 2006 по 2018 годы.

Материал и методы исследования. В основу исследования легли учетно-отчетные данные, полученные из статистического отдела Республиканского центра по защите населения от туберкулёза, форм №07/А, 08/А, №07/У, 08/У, №33 и доли МЛУ-ТБ среди впервые выявленных случаев туберкулёза среди ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете (ДУ), за период 2006-2018 гг.

Результаты и их обсуждение. За последние годы в Республике Таджикистан и целом эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу значительно улучшилась, что проявляется снижением заболеваемости и смертности от туберкулеза. Смертность от туберкулёза является одним из основных показателей эпидемиологического состояния по туберкулёзу

в республике. Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий является основной оппортунистической инфекцией и ведущей причиной смерти ВИЧ-инфицированных лиц.

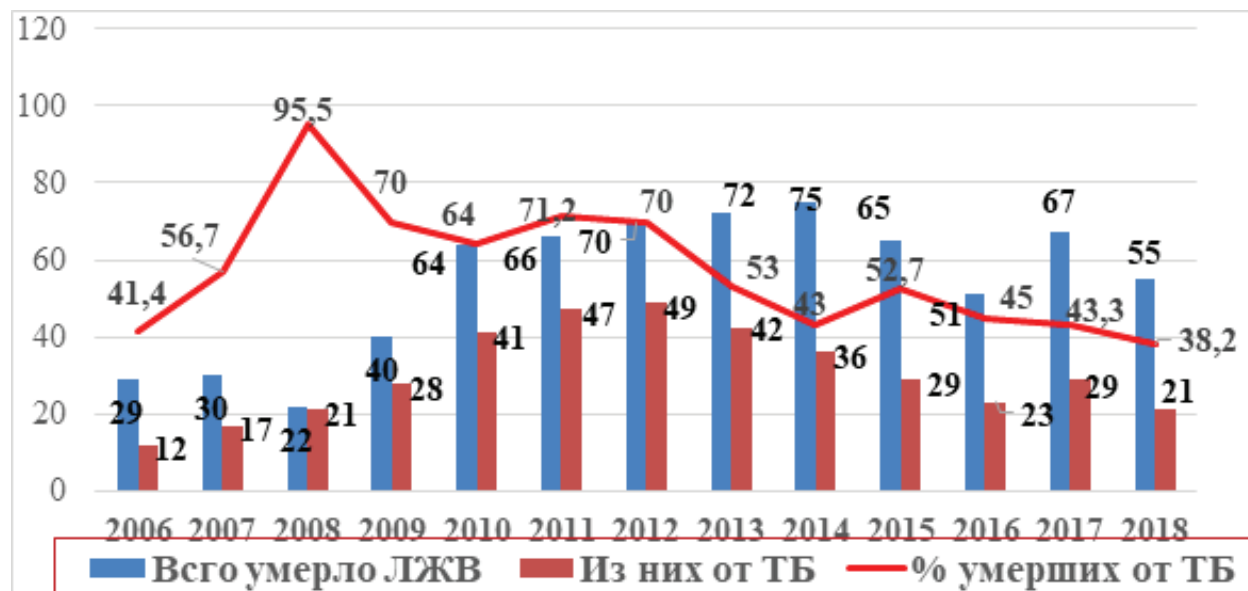
В Республике Таджикистан за последние 13 лет (2006-2018 гг.) показатель общей смертности от туберкулёза в 2006 году был высоким, в среднем составляя 7,6 случаев на 100 тыс. населения, в последующие годы постепенно снизился, и в 2018 г. составил 3,1 случая на 100 тыс. населения, что меньше в 2,45 раза.

Динамика умерших от туберкулёза среди лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, за анализируемый период 2006-2018 годы указывает на периодические колебания роста и снижения смертности.

Количество умерших от ТБ среди пациентов, живущих с ВИЧ/СПИД, в 2006 г. составило 12 человек (41,4%), в 2007 году данный показатель увеличился до 17 человек (56,7%) от общего количество ЛЖВ. Самый высокий показатель смертности среди

ВИЧ-инфицированных от ТБ отмечался в 2008 году, всего умерло 22 человека, из них у 21 пациента причиной смерти был ТБ, что составило 95,5%. В 2009 г. из 40 умерших у 28 пациентов причиной смерти явился ТБ (70%), т.е. снижение на 25%. Данный показатель в последующие годы также постепенно снизился и в 2010 году достиг 64,0%,

т.е. снизился на 31,5%. В период 2012 – 2013 годы снижение до 70,0 - 53%. В 2015 г. число больных, умерших от ТБ, составило 52,7%. В 2016-2017 годы этот показатель был равен 45 - 43,3%, в 2018 году - 38,2%. За период 2006-2018 годы число умерших от ТБ людей, живущих с ВИЧ/СПИД, снизилось с 95,5% до 38,2%, более чем в 2,5 раза.



Динамика показателей умерших от туберкулеза
среди ВИЧ/СПИД-инфицированных
в Республике Таджикистан за 2006-2018 гг. (%)

Для улучшения эпидемиологической ситуации по МЛУ туберкулёзу и снижению смертности от сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ были приняты конкретные меры: усиленное раннее выявление МЛУ туберкулёза среди ВИЧ-инфицированных лиц, обследование контактных с больным МЛУ ТБ лиц, при исключении активного легочного и внелегочного туберкулёза активное профилактическое лечение чувствительных микобактерий туберкулёза противотуберкулёзными препаратами первого ряда изониазидом, также своевременное проведение АРВ терапии и противотуберкулёзного лечения больным с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ.

Рост смертности от ко-инфекции при туберкулёзе и ВИЧ/СПИД зависит в первую очередь от срока диагностики, т.к. чаще наблюдаются поздние обращение пациентов в медицинские учреждения, выявление и диагностика, лечение больных с сочетанными туберкулёзом и ВИЧ/СПИДом. ВИЧ-инфекция и туберкулёз резко снижают иммунную систему, зачастую наряду с туберкулёзом встречаются и другие оппортунистические инфекции, такие как кандидоз, гепатит,

заболевания ЖКТ, что снижает эффективность противотуберкулёзного лечения, в результате возникает обострение и осложнения туберкулёза. Часто такие пациенты обращаются в тяжелом состоянии с запущенным распространенным туберкулёзом и его осложнениями, что особенно заметно среди больных из групп риска, таких как ВИЧ с МЛУ ТБ, наркоманы, заключенные, мигранты и алкоголики, часто вызывающие необратимые процессы, заканчивающиеся смертельным исходом.

Заключение. В Республике Таджикистан наблюдается стабильное снижение показателя смертности от туберкулёза с МЛУ формы среди ВИЧ/СПИД пациентов, от 95,5% в 2008 г. до 38,2% в 2018 г., т.е. снижение более чем в 2,5 раза.

Основной причиной роста смертности от ко-инфекции туберкулёза с МЛУ среди пациентов с ВИЧ/СПИД в первую очередь является позднее обращение в медицинские учреждения, в результате позднего выявления и диагностики МЛУ ТБ, развившихся осложнений и позднего назначения АРВТ и профилактического

лечения изониазидом, особенно среди уязвимых групп населения - наркоманов, заключенных, мигрантов и злоупотребляющих алкоголем.

Для дальнейшего снижения смертности от туберкулеза среди пациентов с ВИЧ/СПИД необходимо усилить раннее выявление ТБ с

МЛУ, особенно среди контактных лиц с больным ТБ и групп риска по ТБ, при исключении активного туберкулезного процесса с чувствительными микобактериями к противотуберкулезным препаратам первого ряда провести контролируемое профилактическое лечение ТБ изониазидом и АРВ терапией.

*Мирзабекова Б.Т., Саидова Х.О.,
Маликоева С.А., Исломова З.К.*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ ПРИЧИН РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ "ИПОВСЗ РТ"
ГУ «Городской центр здоровья №11» УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Анализ причин ранней неонатальной смертности (РНС) доношенных новорожденных в регионе за 2015-2020 гг.

Материал и методы исследования. Ежегодные статистические данные формы 32 «Отчет по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным» Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за период 2015-2020 гг.

Результаты и их обсуждение. В 2015 году РНС доношенных новорожденных установлена в 700 случаев, в 2016 г. - 545, в 2017 г. - 638, в 2018 г. - 659, в 2019 г. - 669 и в 2020 г. - 643. Наиболее частой причиной ранней неонатальной смертности доношенных новорожденных за анализируемый период явилась асфиксия в родах, имеющая незначительную тенденцию к увеличению: в 2015 году данный показатель составил 23,4%, в 2020 году наблюдалась почти у каждого четвертого младенца (25,2%). Среди причин РНС доношенных новорожденных имели место высокие цифры врожденных пороков развития плода, характеризующиеся неустойчивой динамикой: в 2015 г. - 13,8%, в 2020 г. данный показатель увеличился в 1,6 раза (23,3%). Показатели родовой травмы новорожденных за анализируемый период варьировали, при этом в 2015 и в 2020 годах она диагностирована у

13,0% и 13,3% младенцев, к 2016 году данная патология увеличилась в 1,2 раза (16,3%). Доля РНС от септических состояний увеличилась в 1,4 раза (8,0% и 11,3% соответственно). Отмечено неустойчивое снижение частоты внутриутробной гипоксии плода: в 2015 году этот показатель составил 6,2% случаев и к 2020 году он снизился в 1,3 раза (4,5%). Показатели частоты дистресса плода в 2015 году составили 3,0%, в 2020 году данный показатель увеличился в 1,4 раза (4,3%). Установлена неустойчивая динамика показатели частоты внутриутробной гипоксии плода, тогда как в 2015 году данная патология наблюдалась в 2,6% случаев и в 2020 году установлена у 2,1% доношенных новорожденных.

Частота причин РНС доношенных новорожденных от осложнений беременности у матери имела неустойчивую тенденцию к снижению: в 2015 данный показатель составил 2,0%, в 2020 году снизился в 1,5 раза (1,3%).

Заключение. Основной причиной РНС доношенных новорожденных, связанных с плодом, явились асфиксия плода в родах и врожденные пороки развития плода, не имеющие тенденцию к снижению.

Проведение качественного перинатального ультразвукового скрининга и своевременная диагностика дистресса плода в родах будут способствовать снижению перинатальной заболеваемости и ранней неонатальной смертности.

Мухамадиева С.М., Мирзабекова Б.Т.,
Истамова Г.Д., Юнусова З.Д.

ЭЛЕМЕНТЫ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ АКУШЕРОК В ПЕРИОД СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ В СТРАНЕ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Повышение уровня знаний и практических навыков акушерок и медицинских сестер по оказанию неотложной акушерской помощи (НАП) с использованием современных подходов в подготовке специалистов.

Материал и методы исследования. Проведено обучение 24 акушерок стационаров I и II уровней пилотных районов (Рашт (I-ая группа), Ш. Шохин (II-ая группа), Файзабад (III-ая группа) по программе «Роль акушерки и медицинской сестры по актуальным проблемам в акушерстве») в рамках проекта «Комплексные медицинские услуги матерям и детям» (приказ ректора ГОУ ИПОвСЗ РТ №250 от 10.01.22). Дата проведения - 10.01-09.04.2022 г.

Изучены результаты предкурсового и послекурсового вопросников, состоящих из блоков, содержащих информацию по ведению физиологических родов (партограмма) и акушерских кровотечениях, а также оценочные листы практических навыков (OSCE). В работе использованы Национальные стандарты.

Результаты исследования. Установлено, что каждая третья акушерка (30,4%) имела низкий базовый уровень знаний по 30 составленным вопросам, при этом средний балл в I-ой группе составлял 27,4%, во II-ой - 32,5%, в III-ей - 31,3%. Наиболее низкие правильные ответы получены по быстрой оценке состояния женщины при акушерских кровотечениях (5,4%), ведении физиологических родов и заполнения партограммы (8,3%). В ходе проведенных занятий (иллюстрированная лекция, работа на муляжах и в группах, решение ситуационных задач) уровень теоретических знаний по ведению физиологических родов в I-ой группе увеличился в 2,7 раза и составил 75,3%, во II-ой - в 2,3 раза (77,4%) и в III-ей - в 2,5 раза (78,3%). По акушерским кровотечениям в целом уровень знаний повысился до 77,0%, то есть в 14,2 раза: в I-ой группе - 74,2%, во II-ой - 77,4% и III-ей - 79,5%. Оценка практических навыков (10 станций OSCE) по «Психоэмоциональной поддержке

роженницы» в I-ой группе составила 80,1%, во II-ой - 80,8% и в III-ей - 82,5%; по «Наружному акушерскому осмотру» в I-ой группе - 80,0%, во II-ой - 80,6% и в III-ей - 80,5%; «Мытью рук»: в I-ой группе - 80,6%, во II-ой - 82,0% и в III-ей - 82,0%; «Выслушиванию сердцебиения плода» в I-ой группе - 79,6%, во II-ой - 81,0% и в III-ей - 82,0%; «Заполнение партограммы» в I-ой группе - 78,1%, во II-ой - 79,8% и в III-ей - 81,5%; «Акушерской тактике при предлежании плаценты» в I-ой группе - 82,0%, во II-ой - 83,3% и в III-ей - 80,5%; «Преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты» в I-ой группе - 80,1%, во II-ой - 80,0% и в III-ей - 80,5%; «Активному ведению третьего периода родов» в I-ой группе - 79,6%, во II-ой - 81,3% и в III-ей - 80,5%; «Гипотоническому кровотечению» в I-ой группе - 80,1%, во II-ой - 80,6% и в III-ей - 81,3%; «Задержке частей последа» в I-ой группе - 82,2%, во II-ой - 81,3% и в III-ей - 80,5%; «Прикроватному тесту» в I-ой группе - 80,3%, во II-ой - 81,0% и в III-ей - 81,5%; «НАП при кровотечениях» в I-ой группе - 79,6%, во II-ой - 80,4% и в III-ей - 80,0%.

После самостоятельных работ на местах с использованием национальных стандартов и раздаточного материала во время выездных циклов проведено закрепление пройденного материала и повторное тестирование. Установлено, что в 1,5 раза повысился уровень теоретических знаний по ведению физиологических родов: в I-ой группе - 85,3%, во II-ой - 84,0% и в III-ей - 84,4%; на более чем в 1,5 раза по акушерским кровотечениям: в I-ой группе - 82,5%, во II-ой - 83,4% и в III-ей - 83,8%. Согласно оценочным листам, значительно улучшились практические навыки слушателей по вышеуказанным станциям (от 83,7% до 98,3%).

Заключение. Специалисты пилотных районов имеют недостаточный уровень знаний и практических навыков по ведению физиологических родов и оказанию неотложной акушерской помощи при акушерских кровотечениях. Непрерывное медицинское образование является инно-

вационным подходом в подготовке специалистов родовспомогательных учреждений различных уровней и ключевым индикато-

ром улучшения качества медицинских услуг в совершенствовании системы регионализации в стране.

Норкулов Т., Тоиров М.Г., Баҳодуров Х.Ф.

ЗАМИНАҲОИ ТАКМИЛИ ҚОРҲОИ ТАРБИЯВИИ ТАБИБОН ШУНАВАНДАГОН ДАР КУРСИ БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

Курси бемориҳои дарунии шӯъбаи МДТ “ДТБКСТ ҚТ” дар ш.Бохтар, вилояти Хатлон
Беморхонаи вилоятии клиникии ба номи Б.Воҳидов, ш. Бохтар, вилояти Хатлон

Мақсад. Иштирок ва саҳмгузор дар татбиқи қарорҳои Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон “Консепсияи миллии тарбия дар Ҷумҳурии Тоҷикистон” аз 3 март соли 2006, таҳти №94 ва “Барномаи таълим ва тарбияи ҳуқуқии шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2020-2030” аз 27 ноябри соли 2019, таҳти №599.

Муҳокима ва натиҷа. Дар 30 соли Истиқлолияти Ҷумҳурии Тоҷикистон соҳаи тандурустӣ ба дастовардҳои хеле назаррас ноил гардидааст.

Болоравии илму техника дар соҳаи тиб, инкишофи боз ҳам баланди аъзоёни ҷамъиятро ва ҷамаҷониба ташаккул додани шахсиятро, ки бевосита мақсади тарбия қарор ёфтааст, тақозо дорад.

Мутаассифона, имрӯз як қисми кормандони соҳаи тиб, махсусан ҷавонон, дар фазои холии маънавӣ, пастшавии ахлоқи касбӣ қарор гирифтаанд, ки ин ба рафти инкишофи ҷомеаи ҳуқуқбунёд ва демократӣ таъсири манфӣ мерасонад. Омилҳои мазкур зарураи такмили қорҳои тарбиявии кормандони соҳаи тандурустӣро нишон медиҳад. Чи тавре маълум аст, таълиму тарбия ҷузъи таркибии инкишофи назария ва амалияи низоми маориф буда, ҳамгироии онҳо боз ҳам устувор гардида, инсон ва мақоми он дар ҷомеа боло мегирад.

Қорҳои тарбиявии шунавандагон яке аз самтҳои аввалиндараҷаи фаъолияти курси бемориҳои дарунии шӯъбаи МДТ “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” дар шаҳри Бохтари вилояти Хатлон ба шумор рафта, арзёбии иҷрои дастури супоришҳои роҳбарияти донишқада дар қорҳои тарбиявии шунавандагон пайваста дастгирӣ меёбад.

Бо мақсади баланд бардоштани маърифати сиёсӣ ҳуқуқӣ ва дунявии шунавандагони

курс, тибқи нақша ҷорабиниҳои тарбиявӣ, ки аз тарафи проректори донишқада оид ба қорҳои муолиҷавӣ ва тарбиявӣ тасдиқ гардида амалӣ мегардад.

Бо табибон - шунавандагони курс қорҳои тарбиявӣ бо гузаронидани ҷаласаҳои омӯзиши бо тартиб додани суратҷаласаҳо ва сӯҳбату маслиҳатҳо, бо фаҳмонида додани муҳтавои санаҳои муҳими таърихӣ сиёсӣ баргузор карда мешаванд, аз ҷумла: Паёмҳои ҳарсолаи Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ - Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, мӯҳтарам Эмомалӣ Раҳмон ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон, асарҳои Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, мӯҳтарам Эмомалӣ Раҳмон, 30-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҷашнҳои рӯзи Модар, рӯзи байналмилалӣ Наврӯз, ғалаба дар ҷанги Бузургӣ Ватанӣ, Ваҳдати миллӣ, Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, забони давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Конституцияи Ҷумҳурии Тоҷикистон, рӯзи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, Парчами давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, эҳтиром ба рамзҳои давлатӣ - нишон ва суруди миллӣ, Қонунҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи танзими анъана ва ҷашну маросимҳо», «Дар бораи масъулияти падару модар дар таълиму тарбияи фарзанд», даҳсолаи байналмилалӣ амал “Об барои рушди устувор” давраи солҳои 2018-2028, “Стратегияи давлатии муқовимат бо коррупсия дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030”, солҳои рушди сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ, риояи принципҳои деонтологияи корманди тиб, ташвиқу тарғиботи дастовардҳои даврони истиқлолият, ҳуқуқ ва ўҳдадорӣҳои шунавандагон, кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, рӯзи касбии кормандони соҳаи тибӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Тарбияи шунавандагонро дар рӯхияи эҳтиром ба халқ, ватандӯстӣ, ифтихори миллӣ, ҳештаншиносӣ ва ҳудодоҳии миллӣ, зиракии сиёсӣ, таҳаммул ва тоқатпазирӣ, ташаккули тафаккури илмӣ-таҳлилий, дарки масъулияти бар душ гирифтани ахлоқӣ ва маънавий, ҳислатҳои ҳамидаи табиб, пешгирии равандҳои хурофатпарастӣ, кооррупсионӣ, экстремистӣ ва террористӣ гузаронида мешавад.

Хулоса. Кормандони илмию омӯзгорӣ муассисаҳои олии таълимии касбии баъди-дипломи соҳаи тандурустӣ ӯҳдадоранд, шунавандагони тақмили ихтисос ва бозомӯзии баъдидипломи таҳсилоти олии миёнаи касбии тиббию фарматсевтиро мунтазам ба корҳои тарбия ҷалб намоянд, босамарии раванди тарбияи ахлоқӣ ва маънавии онҳоро инкишоф диҳанд.

Ортикова М.М., Аҳмедов А., Мирзоева З.А., Воситзода З.Ф.

**О ВЫПОЛНЕНИИ РАСПОРЯЖЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН №984 И РАСПОРЯЖЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ
ТАДЖИКИСТАН №1406 «О РАССМОТРЕНИИ КОМПЛЕКСА
МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОХВАТУ ДЕГЕЛЬМИНТАЦИЕЙ»
ОТ 3.11.2021 Г. СРЕДИ ДЕТЕЙ ОТ 7 ДО 14 ЛЕТ В ГУ
«ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ №1» Г. ДУШАНБЕ**

Кафедра семейной медицины ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить ход исполнения распоряжений Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан №984 и Министерства образования и науки Республики Таджикистан №1406 «О рассмотрении комплекса мероприятий по охвату дегельминтизации» от 3.11.2021 г. среди детей от 7 до 14 лет в ГУ «Городской центр здоровья №1» г. Душанбе.

Материал и методы исследования. В научной работе изучалась отчетно-учетная документация по охвату выдачи альбендазола детям в возрасте 7-14 лет (школьникам) на территории ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе в ноябре 2021 года, предоставленная в ГУ «Республиканский центр статистики и медицинской информации» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Результаты и их обсуждение. Изучена ситуация по выдаче альбендазола школьникам в возрасте 7-14 лет по территории ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе в практике семейного врача. Для выполнения этой задачи в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе были созданы бригады, состоящие из семейных врачей, медицинских сестер и заведующих семейными отделениями. Эти бригады обслуживали территории школьного учреждения, их

задачей было за 3 месяца получить списки классов, предоставленные классными руководителями. По графику семейными врачами были проведены беседы с родителями о путях передачи глистной инвазии, о выдаче противоглистных препаратов детям от 7 до 14 лет, целях и задачах этой программы, осведомление родителей о противопоказаниях для назначения препаратов. Выданы информативные буклеты для родителей. У входа в каждую школу за 14 дней вперед был вывешен баннер с датами проведения дегельминтизации. Для проведения этой процедуры в день выдачи препарата семейными медсестрами и классными руководителями была подготовлена подача горячей кипяченой воды и одноразовые стаканчики для питья. Родители были информированы о побочных действиях препарата и при появлении симптомов могли обратиться в штаб ГУ ГЦЗ №1 или к семейному врачу.

На территории ГУ ГЦЗ №1 города Душанбе находятся 5 средних школ: № 50, 57, 77, 78, 91, одна школа-интернат №1. Средняя численность учащихся школ составила 12478 человек, 264 человек неорганизованных детей. Для изучения профилактической работы семейного врача также изучались показатели охвата выдачи альбендазола детям в возрасте 7-14 лет (школьникам) на территории ГУ ГЦЗ

№1 г. Душанбе в ноябре 2021 года. Число получивших противоглистные препараты детей составило 12452, процентное выполнение задачи - 99,79%.

На территории ГУ ГЦЗ №1 проживают 264 неорганизованных детей, списки которых были заранее предоставлены семейными врачами и медсестрами, эти дети обслуживались непосредственно в ГУ ГЦЗ №1 в специально отведённом помещении. Учащиеся, которые не были охвачены дегельминтизацией по причине отсутствия в день выдачи альбендазола, принимали таблетки на дому.

Списки детей, не подвергшихся дегельминтизацией по причине временного выезда в другие регионы страны, переданы в Центральный штаб при Министерстве

здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Следующей задачей семейного врача и медицинской сестры было занесение даты дегельминтизации в формы №№ 63 и 026. Для качественного выполнения задачи создана внутренняя мониторинговая группа, которая проводит мониторинг выполнения программы.

Заключение. Лица, поражённые гельминтозами, подлежат дегельминтизации, которая преследует две цели: лечение инвазированных и профилактику болезни. Первоочередная задача семейного врача - профилактическая работа с членами семьи. Если семейный врач некомпетентный, то профилактические мероприятия будут неэффективными.

Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Исмоилова Т.М.

ВЛИЯНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА ПРОФИЛАКТИКУ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГЛИСТНЫХ ИНВАЗИЙ СРЕДИ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра семейной медицины ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить влияние гигиенических навыков на профилактику и распространение гельминтных заболеваний среди семей в различных регионах Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Проведён опрос и интервью 7050 членов семей по месту жительства в городе Истаравшан – 1000 и Аштском районе – 1000 человек Согдийской области, 4005 человек района Хамадони Хатлонской области, в городе Душанбе – 1045 человек по Республике Таджикистан.

Результаты и их обсуждение.

При исследовании выявлено, что по городу Душанбе: 442 опрошенных лица (42,3%) всегда моют руки с мылом под проточной тёплой водой, 434 опрошенных лица (41,5%) моют руки без мыла под проточной холодной водой, забывают мыть руки 115 опрошенных лиц (11,0%), «хочу помыть, но нет воды» - 14 опрошенных лиц (1,3%), «мою холодной набранной водой» - 40 опрошенных лиц (3,8%). Ответы по району Хамадони: 1386 опрошенных лиц (34,6%) всегда моют руки с мылом под проточной тёплой водой, 638 (15,9%) моют руки без мыла под проточной холодной водой, забывают мыть - 120 (3,0%) человек, хотят помыть,

но нет воды 77 опрошенных лиц (1,9%), моют холодной набранной водой 1784 опрошенных лиц (44,5%). По Аштскому району: 45 опрошенных лиц (4,5%) всегда моют руки с мылом под проточной тёплой водой, 100 (10%) моют руки без мыла под проточной холодной водой, забывают мыть 161 (16,1%), хотят помыть, но нет воды 220 (22,0%), «мою холодной набранной водой» - 474 опрошенных (47,4%). Показатели по городу Истаравшану: 144 опрошенных лица (14,4%) всегда моют руки с мылом под проточной тёплой водой, 216 опрошенных лиц (21,6%) моют руки без мыла под проточной холодной водой, забывают мыть 293 опрошенных (29,3%), «хочу помыть, но нет воды» - 142 (14,2%), «мою холодной набранной водой» - 204 (20,4%) человека.

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 28,6% соблюдают личную гигиену (мытьё рук под проточной водой), 6,4% опрошенных лиц хотят и знают, что надо помыть руки, но из-за отсутствия воды не делают этого.

Изучался гигиенический навык об утюжке нижнего белья, как фактор риска распространённости гельминтных заболеваний среди членов семьи, результаты опроса об утюжке нижнего белья среди опрошенных по городу

Душанбе: 446 респондентов (42,7%) ответили, что носят всегда глаженое нижнее бельё, не занимаются глажкой нижнего белья в семье 340 лиц (32,5%), 259 лиц (24,8%) ответили, что нет необходимости и желания для глажки нижнего белья. Показатели по району Хамадони: носят всегда глаженое нижнее бельё 925 лиц (23,1%), не занимаются глажкой нижнего белья в семье 1302 лиц (32,5%), 1778 опрошенные лица (44,4%) ответили, что нет условий для глажки нижнего белья (по причине отсутствия света). Показатели по Аштскому району: носят всегда глаженое нижнее бельё 143 человека (14,3%), не занимаются глажкой нижнего белья в семье 533 лица (53,3%), 324 опрошенные лица (32,4%) указали на отсутствие условий для глажки нижнего белья.

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 24,0% носят всегда глаженое нижнее бельё; 35,7% опрошенных лиц не занимаются глажкой нижнего белья и 40,4% хотят гладить нижнее бельё, но нет для этого условий (отсутствие света), что является прямым фактором передачи глистной инвазий как среди членов семьи, так и среди контактных лиц.

Закключение. Проблема распространённости глистной инфекции, к сожалению, остро стоит в Республике Таджикистан. Практика показывает, что уровень информированности населения и членов семьи о путях передачи глистной инвазий низкий. Это в свою очередь требует просвещения населения в области соблюдения личной гигиены для профилактики глистной инвазии.

Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Наджмидинова К.И.

ВЛИЯНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ НА РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГЕЛЬМИНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра семейной медицины ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить влияние численности членов семьи на распространённость гельминтных заболеваний среди семей в различных регионах Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Проведён опрос и интервью 7050 членов семей по месту жительства в городе Истаравшан – 1000 и Аштском районе – 1000 человек Согдийской области, 4005 человек района Хамадони Хатлонской области, городе Душанбе – 1045 человек Республики Таджикистан.

Результаты и их обсуждение. Объектом исследования являлись члены семьи с рождения до пожилого возраста. Анкеты детей в возрасте до 7 лет заполнялись родителями. Во время исследования установлено, что по городу Душанбе семей, состоящих из 2-3 человек, было 106 (10,1%), 4-5 человек – 328 семей (31,4%), 6-10 человек – 428 семей (41,0%). По городу Истаравшан семей, состоящих из 2-3 человек, нет, семей из 4-5 человек – 14 (1,4%), 6-10 человек – 707 (70,7%), свыше 10 человек – 141 (14,1%). Показатели по району Хамадони: семья из 2-3 человек – 221 (5,5%), 4-5 человек – 460 (11,5%); большая семья, состоящая из 6-10 человек, – 2139 семей, что составило 53,4%; свыше 10 человек – 656 (16,4%). Показатели

по Аштскому району: семей из 2-3 человек нет, 4-5 человек – 172 (17,2%); большая семья, состоящая из 6-10, составила 42,3%; свыше 10 человек – 39 (3,9%). Во время исследования установлено, что самые большие семьи, состоящие из 6-10 членов, составили 52,4% от общего числа опрошенных, наименьшая семья, состоящая из 2-3 членов, – 4,6%. Большие семьи, состоящие из 6-10 человек и больше, встречаются в городах Душанбе, Истаравшан, районе Хамадони. Риск инфицированности в городах и районах одинаков.

Распределение по количеству членов семьи, имеющих прописку, в городе Истаравшан: количество членов семьи больше, чем 6 человек – 707 (70,7%) семей, из которых 71,1% прописаны по месту жительства и 28,9% не прописаны; по району Хамадони членов семьи больше, чем 6 человек – 2139 (53,4%), из которых 97,1% прописаны, 2,9% не прописаны; по Аштскому району – 423 (42,3%), из которых 62,1% прописаны, не прописаны 37,9%.

Таким образом, 87,9% из общего числа опрошенных лиц прописаны по месту жительства, 12,1% не прописаны. От 6,5% до 28,9% членов семей, которые были опрошены в городах Душанбе и Истаравшан, живут без прописки, увеличивая количество членов

семьи, повышая риск инфицированности по глистным инфекциям.

Заключение. Каждая семья является микроочагом глистной инвазии, причем с

увеличением ее численного состава резко повышается вероятность заноса и обсеменения всех членов семьи, тем самым обеспечивается многолетнее течение эпидемического процесса.

Ошурмамадова Р.Б., Болиева Г.У., Намозова З.С.

СТРУКТУРА ПРИЧИН ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Изучить основные причины первичной аменореи у женщин раннего репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. В отделении гинекологической эндокринологии ТНИИ АГиП проспективно проведено клинико-лабораторное обследование 45 женщин в возрасте 16-25 лет с первичной аменореей. Основными методами исследования явились анамнестические данные, жалобы обследованных больных, клинические и лабораторные методы исследования, такие как гормональный состав крови (ЛГ, ФСГ, тестостерон, эстрадиол, пролактин), УЗ исследование органов малого таза, МРТ органов малого таза, также проведено кариотипирование генотипов. Критериями включения явилась истинная аменорея.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что из 45 больных с первичной аменореей причиной в 36 (80%) случаях явилось задержка полового развития без изменения гормонального фона женщин, в 9 (20%) - с изменениями, в том числе с повышением уровней ФСГ и ЛГ, также следует отметить, что в 1 (2,2%) случае отмечалось изменение кариотипов X и Y хромосом.

Возраст пациенток колебался от 16 до 25 лет, средний возраст обследованных беременных

составил $19,6 \pm 2,8$ лет.

Региональная структура обращаемости больных за медицинской помощью с аменореей была следующая: г. Душанбе - 8 (17,8%) больных, РРП - 24 (53,3%), Хатлонская область - 9 (20%), Согдийская область - 4 (8,9%).

Данное распределение свидетельствует о том, что чаще всего за медицинской помощью обратились девочки и женщины репродуктивного возраста, проживающие в РРП.

По данным УЗИ, у всех женщин репродуктивного возраста отмечалось уменьшение размеров матки и придатков: в 24 (57,8%) - гипоплазия матки 2 степени с гипофункцией яичников, в 15 (33,3%) - гипоплазия 3 степени, а в 6 (13,3%) случаях - аплазия матки и яичников, что также подтверждено МРТ органов малого таза. Лишь в 2,2% (1/45) случае при проведении кариотипирования генотипов определилась Y-хромосома.

Заключение. Таким образом, из полученных данных следует, что чаще всего причиной аменореи является задержка полового развития, второй по частоте причина является нарушение гормонального фона и на последнем месте - нарушение кариотипов X и Y хромосом (синдром Свайера).

Раджабзода Н.

АЛГОРИТМ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ДОРОДОВОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, ПЕРЕНЕСШИМ НЕРАЗВИВАЮЩУЮСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Оценить эффективность прегравидарной и дородовой подготовки у женщин с неразвивающейся беременностью (НБ).

Материал и методы исследования.

Перспективный анализ течения беременности и родов у 71 женщины, имеющих в анамнезе потери плода в первом триместре беременности, которым была обеспечена прегравидарная подготовка и подготовка к родам. Основную группу составили 58 женщин, у которых на основании причинно-следственного анализа был сделан вывод о связи между НБ и нарушениями системы гемостаза, которые подтвердились результатами морфологического исследования хориона и плаценты. Нарушение коагуляционного потенциала гемостаза было выявлено по внутреннему пути свертывания крови. Кроме того, обнаружены изменения сосудисто-тромбоцитарного звена. При морфологическом исследовании хориона и плаценты были обнаружены аномальная васкуляризация ворсинок хориона, которая проявилась отсутствием или уменьшением числа сосудов ворсинок, а также наличием очагов кровоизлияния. Группу сравнения составили 17 женщин, у которых отсутствовали признаки нарушения гемостаза. Помимо общеклинических методов исследования проводили определение количества форменных элементов крови, содержание бета-2 гликопротеина I, активированное частичное тромбопластиновое время, морфологическое исследование продуктов зачатия, ультразвуковое исследование и определение кровотока в маточно-плацентарно-плодовом бассейне методом доплерометрии.

Прегравидарная подготовка в обеих группах включала основные положения, изложенные в клиническом протоколе «Дородовая помощь при физиологической беременности» (Приказ МЗиСЗН № 1040 от 15.11.2018 г.)

Основной группе проведена специфическая профилактика НБ с использованием гидроксихлорохина до и в первом триместре наступившей беременности, а также подкожное введение низкомолекулярного гепарина (клексан), доза которого корректировалась определением АЧТВ. 13 беременным группы сравнения проведено общепринятое лечение. Побочные эффекты после приёма гидроксихлорохина проявились в виде тошноты в первые дни приема у 11,1 % обследованных.

Результаты и их обсуждение. В результате внедрения алгоритма из 58 женщин, перенесших НБ, беременность завершилась самопроизвольным выкидышем в 4-х (6,9%) случаях, при повторном морфологическом исследовании обнаружены ворсины без сосудов, кровоизлияние в межворсинчатое пространство. Допплерометрические показатели кровотока в системе «мать-плацента-плод» имели статистически значимое различие при сроке гестации 24-27 недель беременности. Так, показатель пульсационного индекса в правой маточной артерии в основной группе составил $0,76 \pm 0,07$, в группе сравнения – $0,87 \pm 0,1$, а с ростом беременности данный показатель возрос до $0,9 \pm 0,23$. Индекс резистентности и систоло-диастолическое отношение в основной и группе сравнения не отличались. Допплерометрические показатели использовали как критерий эффективности при лечении антикоагулянтами при нарушении кровотока. Признаков врождённых пороков развития не выявлено.

Срочные роды произошли у 49 (90,7%) из оставшихся 54-х при сроке гестации $38,6 \pm 1,6$ недель; у 5 (9,3%) – преждевременные роды в 28-37 недель при среднем сроке гестации $31 \pm 1,4$ недели. В группе сравнения удельный вес срочных родов оказался меньше и составил 81,8%, а преждевременных – 8,2%.

Заключение. Использование гидроксихлорохина повышает возможность вынашивания беременности при НБ и не оказывает тератогенного влияния на плод.

Раджабова Г.К., Султанова Дж.М.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И УТОЧНЕНИЯ ПРЕДИКТОРОВ ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Провести анализ статистики встречаемости, госпитализации и выявления предикторов исхода заболевания у женщин с сочетанной неотложной патологией органов брюшной полости (ОБП) и малого таза.

Материал и методы исследования. Исследованию подверглись 240 женщин с сочетанной неотложной патологией ОБП и малого таза, поступивших в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» и в ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол»» г. Душанбе, являющихся клиническими базами кафедры хирургических болезней №1 и акушерства и гинекологии №2 ГОУ ИПОвСЗ РТ, за период 2012 – 2020 годы. Возраст женщин варьировал от 17 до 52 лет, средний возраст составил $26,4 \pm 11,1$ лет.

Среди нозологий преобладали острые гинекологические заболевания в виде острой патологии яичника, которой сопутствовали деструкции червеобразного отростка ($n=80$), ОКХ ($n=44$) и миома матки ($n=48$). В целом, сочетание неотложных патологий в таком ракурсе однозначно наиболее частое среди сочетаний других органов и систем. Наличие сочетанной патологии диагностировано в 94,7% ($n=72$) наблюдений. В 4 (5,3%) случаях их сочетание обнаружено на операционном столе. Женщины, в основном, были доставлены в удовлетворительном ($n=81$) и средней степени тяжести ($n=153$) состояниях. В тяжелом состоянии госпитализированы лишь 6 (2,5%) женщин.

Результаты и их обсуждение. Судя по характеру встречаемости сочетанной неотложной патологии ОБП и малого таза, ведущее место отводится острому аппендициту, которому сопутствует киста правого яичника, которые за последние 11 лет варьировали

в пределах 32,3-36,9%. Наличие сочетанной патологии диагностировано в 94,7% ($n=72$) наблюдений. В 4 (5,3%) случаях сочетание диагностировано на операционном столе. Вторым по частоте сочетаний оказался острый калькулезный холецистит с сопутствующей миомой матки, что варьировало в пределах 11,5-20,0% случаев.

Анализ характера поступления больных в стационар показал, что 43,8% женщин были доставлены бригадой СМП. При этом 18,3% женщин госпитализированы в хирургические отделения после осмотра гинеколога в женской консультации или амбулатории по месту жительства. Вместе с тем, 31,3% пациенток доставлены попутным транспортом с острым болевым синдромом в животе. Из анамнеза, жалобы в области гипогастрия имелись у 72 (60,0%) женщин основной и 76 (63,3%) – контрольной группы. В остальных 40,0% ($n=48$) случаях у женщин основной группы и 36,7% ($n=44$) – контрольной, болевой синдром имел характер печеночной колики, а гинекологическая патология диагностирована при обследовании. В целом, среди исследуемых женщин основной группы в 69 (57,5%) наблюдениях верифицирован первичный или доминирующий диагноз «острая патология ОБП», когда в контрольной группе этот показатель составил 59,2%.

Заключение. Неотложная сочетанная патология органов брюшной полости и малого таза характеризуется, в основном, сочетанием острого аппендицита и кисты правого яичника - 33,3% случаев, острого калькулезного холецистита и миомы матки - 20,0% и острого калькулезного холецистита и кисты яичника - 18,3%, которые сопровождаются теми или иными осложнениями.

Рахимов З.Я.

ВАЖНЕЙШИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И КОНТРОЛЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Определить актуальные тенденции развития основных неинфекционных (НИЗ) заболеваний в Республике Таджикистан (РТ).

Материал и методы исследования. Данное сообщение проведено в соответствии с реализацией национальной программы «Стратегия (Дурнамо) профилактики и

контроля неинфекционных заболеваний (НИЗ) и травматизма в РТ на период 2013-2023 годы». Использованы методические документы Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по профилактике НИЗ, скринингу населения на модифицируемые факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний, проанализированы результаты статистических показателей по распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), изучена структура смертности населения РТ, доля патологии болезней кровообращения в суммарном значении бремени болезней.

Результаты и их обсуждение. По данным World Health Statistics (2015), доля НИЗ в структуре общей смертности населения Таджикистана составляет 66%. Из этого на сердечно-сосудистые заболевания сегодня приходится не менее 41% всех смертей. Среди стран СНГ стандартизированный по возрасту показатель смертности населения от НИЗ в Таджикистане признан наиболее низким и составляет 753 в расчете на 100 000 населения (в РФ этот же показатель составляет 790, в сопредельном Узбекистане – 811, Кыргызстане – 835, в Афганистане – 845, в Казахстане – 950). Показатель утраченных лет жизни от НИЗ в расчете на 100 000 населения составляет 11 930 утраченных лет жизни, что приближает нас к Региону Восточного Средиземноморья (11 173). Однако в сравнении с минимальными значениями мирового уровня (3 086) наш показатель в 3,8 раза остаётся выше этих значений, что определяет дальнейшие цели профилактики основных НИЗ на пути снижения бремени болезней и, главным образом, их «локомотива» - сердечно-сосудистых заболеваний. В структуре

смертности населения на факторы, связанные с деструктивным поведением, приходится до 33%, еще 26% смертей связано с избыточным питанием и ожирением; 19,7% — с курением табака (насвая), 9% — с низкой физической активностью (фактором гиподинамии), 6,4% смертей связано с употреблением алкоголя. В Таджикистане 7 из 10 смертей у лиц моложе 65 лет происходят по причине НИЗ, которые напрямую связаны с обозначенными факторами риска. В ответ на эти вызовы в РТ были разработаны и успешно внедрены «Национальная программа профилактики, диагностики и лечения ИБС на период 2007-2015 гг.», «Национальная стратегия здоровья населения РТ на 2010-2020 годы» и «Стратегический план реконструкции медицинских учреждений РТ на период 2011-2020 годов». Также успешно завершается внедрение стратегической программы «Перспективы («Дурнамо») профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Таджикистане на период 2013-2023 гг.».

Закключение. Высокая распространенность ССЗ в структуре НИЗ определяется профилем и тенденциями к ускоренному распространению модифицируемых ФР (ожирение, гиподинамия, неправильное питание), которые необходимо контролировать на всех этапах жизни и медицинского сопровождения (начиная с уровня ПМСП). В целях активизации профилактики НИЗ, по нашему суждению, настало время возобновления всеобщей диспансеризации населения, что поможет устранить необоснованные затраты в современном здравоохранении. Качественная реализация важнейших стратегических документов Правительства РТ помогут снижению бремени болезней в РТ.

Рахимов З.Я.

ПРОФИЛАКТИКА И КОНТРОЛЬ КОРРУПЦИОННЫХ ОТНОШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить отдельные механизмы коррупционных отношений в медицинской практике Таджикистана с целью их устранения или минимизации вредоносного влияния на медико-социальные структуры общества.

Материал и методы исследования. Республика Таджикистан (РТ) располагает эффективным аналитико-контролирующим инструментом для борьбы с коррупцией - Законом РТ «Об Агентстве по государственному финансовому контролю и борьбе с корруп-

цией Республики Таджикистан (в редакции Закона РТ от 02.01.2020г. №1663)».

Анализу подвергнуты имеющиеся многолетние материалы по данному вопросу и действия, направленные на устранение возникающих проблем, связанных с коррупцией в системе здравоохранения Республики Таджикистан.

Результаты и их обсуждение. Основоположник мира и национального согласия, Лидер нации, Президент РТ уважаемый Эмомали Рахмон в своих регулярных встречах с медицинской общественностью неоднократно подчеркивает необходимость воспитания кадрового потенциала РТ в духе чистоты помыслов, высокой грамотности и профессионализма, необходимого потенциала сострадания к своим пациентам. Научно-техническое перевооружение отрасли, повышение её экономического потенциала дали ощутимые положительные результаты. Однако коррупционные отношения, в том числе и в системе здравоохранения, продолжают иметь место. На них указывают и сотрудники Агентства, которые ежегодно встречаются с медицинской общественностью и докладывают о раскрытых правонарушениях. Сейчас такие нарушения имеют тенденцию к снижению, но полностью ещё не устранены. Известно, что в мире нет ни одной страны, где коррупционные отношения полностью были бы предотвращены. И сегодня мы имеем широкое поле деятельности в этом вопросе. Как указывал Президент и докладывали соответствующие органы, «...у нас имеются сотрудники, некомпетентно и грубо обслуживающие больных, за дополнительную плату выписывающие «липовые» анализы, медицинские справки и больничные листы.

Даже в установлении группы инвалидности замечены отдельные «взятничества и нарушения, требующие особого разбирательства. Однако и сегодня такие инциденты стараются «плотно выгораживать» и не доводить до правосудия, дабы «не чернить безвинно страдающую медицину». Мы понимаем, что коррупционные отношения возникли и укоренялись веками, они становились всё изощрённее, порождая опасные препятствия в поступательном движении общества на пути к прогрессу. И с этими негативными явлениями мы должны неустанно бороться. При этом указанные негативы мы не должны умалчивать, а виновных выгораживать, так как при этом «дурной пример заразителен» и страдает молодое поколение медицинского общества, «заражаясь» душеубивающим злом. Мы всегда должны помнить, что являемся прямыми наследниками великого Абуали ибн Сино (Авиценны) и помним наставления великого врача-врачевателя – Гиппократ: «PRIMUM NON NOCERE!».

Заключение. Коррупция имеет душевные корни и субъективные причины, а потому может поддаваться перевоспитанию и профилактике.

Молодое поколение медиков необходимо воспитывать в духе высоких достижений медицинской деонтологии и этики.

Учебные программы обязательно надо дооснастить основополагающими документами по выявлению и контролю коррупционных отношений в медицинской практике Таджикистана.

Коррупция очень живуча, но в каждом случае она побеждаема. Эта борьба не должна носить периодический характер, а быть постоянной.

Рахматова Н.А., Хусаинова А.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2016-2020 ГГ.

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

Цель исследования. Провести сравнительный анализ показателей общей и первичной заболеваемости по Республике Таджикистан за последние 5 лет (2016-2020 гг.).

Материал и методы исследования. На основании официальной статистической информации Государственного учреждения «Республиканский центр статистики и медицинской информации» и Агентства по

статистике при Президенте Республики Таджикистан проведен сравнительный анализ и ранжирование по частоте показателей общей и первичной заболеваемости населения по обращаемости в Республике Таджикистан за 2016-2020 гг.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый период показатели первичной заболеваемости населения по обращаемости по всем нозологиям снизились в 1,2 раза (с 19500,7 в 2016 г. до 16739,6 в 2020 г. на 100 тыс. населения). Для оценки состояния здоровья населения необходимы не только уровни показателей заболеваемости, но и ее структура по отдельным классам болезней и нозологическим формам. На первом месте в структуре первичной заболеваемости находятся болезни органов дыхания (J00-J99), которые составили 24,9% (2016); 25,3% (2017); 22,7% (2018); 24,6% (2019) и 27,6% (2020); на втором - болезни органов пищеварения (K00-K93) - 14,8% (2016); 15,3% (2017); 15,5% (2018); 14,6% (2019) и 13,8% (2020); на третьем - болезни мочеполовой системы (N00-N99) - 9,1%; 9,4%; 9,2%; 9,3% и 8,2% соответственно. Четвертое и пятое ранговые места в структуре первичной заболеваемости за анализируемый период занимают болезни крови и кроветворных органов (D50-D89) - 5,4%; 5,1%; 5,3%; 4,9% и 4,2% и болезни системы кровообращения (I00-I99) - 4,1%; 4,4%; 4,2%; 4,3% и 3,8% соответственно. Анализ показателей общей заболеваемости выявил, что среди патологии системы кровообращения за исследуемый период превалирует гипертоническая болезнь (2016 - 1036,5; 2017 - 1197,3; 2018 - 140,2; 2019 - 1137,8 и в 2020 - 915,6 на 100 тыс. населения). Показатели первичной заболеваемости по данной патологии за последние годы (2016-2020) также снизились в 1,2 раза (с 508,0 до 427,2 на 100 тыс. населения). Показатели общей и первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца, которая по частоте занимает второе место среди патологии системы кровообращения, также после повышения за 2016-2019 гг., в 2020 году отметился резкий спад (164,0 - 35,9; 163,1 - 35,0; 230,5 - 89,8; 233,0 - 88,2 и 197,6 - 58,4 соответственно). Данная тенденция может зависеть как от уменьшения обращаемости населения по данной нозологии в период распространения в стране коронавирусной инфекции (COVID-19), так и от организации и качества медицинского обслуживания населения.

Заклучение. Анализ показал, что уровень заболеваемости по обращаемости населения в медицинские учреждения имеет тенденцию к снижению, структура заболеваемости по основным классам остается относительно постоянной за последние годы. В то же время, для комплексной оценки состояния здоровья населения на основании показателей заболеваемости населения с целью эффективного планирования и прогнозирования ресурсов здравоохранения необходимо развивать и совершенствовать систему медицинских осмотров населения (в частности, скринингов целевых групп), улучшить доступность и качество диагностики, совершенствовать систему регистрации случаев заболеваний в лечебно-профилактических учреждениях, выработать более эффективные управленческие решения для профилактики и раннего выявления заболеваний.

Рахматуллаева М.А.

СТРУКТУРА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННЫМ ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучение структуры коморбидной патологии у детей, страдающих врожденным пороком сердца - дефектом межжелудочковой перегородки.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 20 историй болезни детей от 1-го года до 13 лет с дефектом

межжелудочковой перегородки, находящихся в кардиоревматологическом отделении ГУМК «Истиклол» за период с января по декабрь 2021 г. Из 20 детей мальчиков было 12 (60%), девочек - 8 (40%) в возрасте от 1-го года до 13 лет.

Всем больным с момента госпитализации в приёмном отделении была проведена ан-

тропометрия. В отделении проводились ЭКГ, ЭхоКГ, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови и рентгенография грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. Клинически данный порок выражался цианозом носогубного треугольника - у 15 (75%) пациентов, одышкой - у 18 (90%), периферическими отеками - у 10 (50%) и беспокойством - у 19 (95%) детей. Признаки сердечной недостаточности (Н.А. Белоконь) были выявлены у всех (100%) больных. Сердечная недостаточности легкой степени диагностирована у 1 (5%), 2 степени - у 15 (75%), 3 степени - у 4 (20%) пациентов. По данным эхокардиографии, порок был изолированным у 13 (65%) пациентов, в сочетании с другими пороками сердца - у 7 (35%).

Основными жалобами при госпитализации со стороны родителей были повышение температуры тела - у 16 (80%), кашель - у 16 (80%), одышка смешанного характера - у 18 (90%), нарушение аппетита - у всех больных

(100%) и задержка физического развития - у 14 (70%) человек.

При анализе антропометрических данных, зафиксированных в историях болезни, нами было выявлено, что только у 6 (30%) человек показатели роста и массы тела были в пределах нормы, у 1 (5%) больного наблюдалась гипотрофия 1 степени, у 8 (40%) - гипотрофия 2 степени и у 5 (25%) - гипотрофия 3 степени. Коморбидная патология была представлена анемией - 9 (45%), при этом у 7 (35%) больных анемия была легкой степени, у 2 (10%) - средней тяжести.

При рентгенологическом исследовании грудной клетки у 16 (80%) больных выявлена пневмония. 2 (10%) детей были с болезнью Дауна.

Заключение. Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что у детей, страдающих врожденным пороком сердца - дефектом межжелудочковой перегородки, структура коморбидной патологии представляется гипотрофией (70%), анемией (45%) и пневмонией (80%).

Саидова Х.О. Мирзабекова Б.Т., Муминова Ш.Т., Ахмадова У.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА (НА ПРИМЕРЕ Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Оценить роль перинатального ультразвукового скрининга в выявлении врожденных пороков плода (ВПР).

Материал и методы исследования. Отчеты центров репродуктивного здоровья и 26 кабинетов ультразвукового исследования (УЗИ) города Душанбе (2021 год).

Результаты и их обсуждение. Не имели квалификационной категории каждый третий - 10 (38,4%) функционалист, II категорию - 4 (15,3%), I категорию - 5 (19,2%), высшую - 7 (26,9%). Из общего количества аппаратуры установлено, что только 1 (3,8%) аппарат имел современную программу, в неудовлетворительном состоянии находились 2 (7,7%), удовлетворительном - почти каждый пятый - 5 (19,2%), в хорошем - 18 (69,2%). Установлено, что из числа всех родов (23326) при 23315 (99,8%) производился ультразвуковой скрининг, при этом ВПР плода выявлены в 109 (0,5%) случаев. Из числа диагностированных ВПР в 92 (84,4%)

случаях беременность была прервана по медицинским показаниям, 17 (15,5%) женщин отказались от прерывания беременности.

Анализ данных показал, что в 84 (0,4%) случаях роды произошли в срок, ВПР плода был диагностирован после родов. Из числа новорожденных с ВПР у каждого третьего (33,3%) диагностированы пороки развития сердечно-сосудистой системы, пороки центральной нервной системы - у 16,6%, пороки опорно-двигательной системы - у 8,3%, внутренних органов - у 1,2%, синдром Дауна - у 7,0% пациентов. В раннем неонатальном периоде умерли 77 (91,7%), в позднем неонатальном - 6 (7,1%) новорожденных.

Заключение. Причиной низкой выявляемости ВПР плода при ультразвуковом скрининге являются низкая категорийность специалистов кабинетов УЗИ, не соответствующая стандартам аппаратура. Проведение непрерывного медицинского образования позволит повысить эффективность ультразвукового скрининга.

Самадова Г.А., Дадабаева Б.С.

НОВОЕ ЗВЕНО В СТРУКТУРЕ ПМСП – КАБИНЕТ ДОВРАЧЕБНОГО ПРИЕМА

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить работу кабинета доврачебного приема (КДП) в структуре городского центра здоровья.

Материал и методы исследования. Отчеты объединения, трёх КДП Городского центра здоровья №1 (ГЦЗ) за 2021 год. Изучить показатели работы КДП – нагрузка на должность медсестры КДП, число пациентов, прошедших кабинет, процент этих пациентов от общего числа обратившихся в ГЦЗ №1, число детей, беременных женщин, инвалидов, прошедших антропометрическое исследование.

Результаты и их обсуждение. С реформированием системы здравоохранения страны возникла потребность в новой ресурсосберегающей системе именно в амбулаторной службе, которой стало внедрение семейной медицины и принципов общеврачебной практики. Параллельно с реорганизацией амбулаторной службы происходила реструктуризация - для отделений семейной медицины ПМСП организованы кабинеты доврачебного приема (КДП). Задачей КДП было проведение антропометрических измерений у обратившегося пациента в амбулаторию, сортировка больных по очередности к приему врача, при необходимости оказание первой помощи. Ответственным лицом кабинета становится медсестра общей практики (семейная).

В ГЦЗ №1 развернуто три КДП. Согласно нормативно-правовой базе семейной медицины, на осмотр одного обратившегося отпущается 15 минут, нагрузка при 8-часовом

рабочем дне - 21-32 пациента. За год (301 день 2021 г.) черед специалиста может пройти 9632 пациента. Изучение годовых отчетов показало, что в действительности через каждый КДП проходит 9264 – 6588 - 3500 (96,2% - 68,4% - 36,3%) пациентов, всего 19352 (66,9%) соответственно. Низкая проходимость, особенно двух КДП, связана с текучестью кадров, отсутствием контроля за движением пациента в центре, с другой стороны – игнорированием пациентами КДП.

Число детей до 1 года, обратившихся в центр по поводу вакцинации и прошедших КДП, составило 2586 – 2542 - 523 (всего 5651). Число детей, прошедших кабинет, намного выше данных переписи населения (детей до 1 года в объединении проживают 3953), это связано с тем, что ребенок проходит вакцинацию несколько раз в течение года. Антропометрическое исследование в КДП прошли 3468 – 748 - 1842 (всего 6058) беременных женщин, а за год встало на учет 1649. В среднем, каждая женщина прошла обследование в кабинете 4 раза. Число однократно обследованных инвалидов в КДП составило 345 + 770 + 92 (всего 1207) больных, это 78,6% от общего числа инвалидов центра.

Заключение. Организация КДП при отделении семейной медицины центров здоровья необходима для снижения нагрузки на врача, число функциональных обязанностей которого очень высокое. Отсутствие контроля сотрудников регистрации за движением пациента в центре способствует повышению нагрузки на врача.

Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Дать оценку работе кафедры сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ, организованной на последипломном уровне.

Материал и методы исследования. Изучены документы Министерств образования, здравоохранения и социальной защиты населения РТ (МЗиСЗН РТ), Агентства по контролю образования и науки при Президенте РТ, справки института. Проанализированы аспекты качества работы кафедры – наличие базы, материально-техническая оснащенность, преподавательский состав, документация, учебный процесс, внедрение инновационных методов. Проведен сравнительный анализ результатов тестирования, ОСКЭ у 183 слушателей до и после циклов за последние 3 года. Изучены ответы слушателей на вопросы о работе кафедры в анкете, разработанной сотрудниками.

Результаты и их обсуждение. Согласно концепции ВОЗ, различают три аспекта качества: качество структуры (оснащенность, обеспеченность), качество процесса (медицинской помощи), качество результатов (исходов медицинской помощи по оценкам компетентности специалистов, инфраструктуры учреждения). Что же касается образовательных учреждений, то компонентами качества являются оценка структуры учреждения/кафедры, процесса обучения и его подготовленности, результатов обучения. Качество образования состоит из критериев и стандартов и включают многообразные потребности общества.

В 2017 году комиссия МЗиСЗН РТ провела комплексную оценку на соответствие образовательной деятельности института и его структур и подтвердила её соответствие критериям и стандартам института последиplomного уровня, результатом чего явилось получение документа - «Свидетельство о государственной аккредитации». В 2021 году Агентство по контролю образования и науки при Президенте РТ, проверив работу всех кафедр, выдала «Лицензию о правах ведения образовательной деятельности в области медицинского и фармацевтического образования». Компоненты качества структуры кафедры - это наличие учебных комнат, их площадь, расположение. Учебные комнаты с соответствующей стандартам площадью расположены в административном корпусе института и в Городском центре здоровья №1, где за преподавателями закреплён участок. Материально-техническая база представлена современной аппаратурой, муляжами,

различными инструментами для проведения интерактивных занятий. Кафедральная библиотека содержит настольные учебники по семейному сестринскому делу.

Критериями качества преподавателей является их состав, категория, образование, стаж работы и др. В 2009 году, решая одну из задач реформы здравоохранения (1997 г.), международные преподаватели подготовили тренеров из состава опытных патронажных медсестер ПМСП, некоторые из которых работают на кафедре. При поддержке руководителей института медсестры-тренеры получили высшее образование по педагогике и каждые 5 лет, повышая свою квалификацию, проходят аттестацию и подтверждают высшую категорию. Согласно требованиям, руководитель кафедры имеет ученую степень, образование по необходимым дисциплинам для работы на данной кафедре. Таким образом, преподавательский состав соответствует критериям высшей школы.

Изучение справок внешних и внутренних комиссий показало, что на кафедре учебный материал систематически пересматривается, дополняется, например, национальными программами, инновационными методами и своевременно согласовывается с МЗиСЗН РТ и утверждается, как в институте, так и в Министерстве образования РТ. Инновационные методы обосновываются научными исследованиями (всего на кафедре 20 внедрений). Интерактивные методы обучения, используемые на занятиях, отражены в инструктивных документах, благодаря чему разработан единый подход к занятиям. Весь учебный материал отражен на двух языках, находится как в печатном виде, так и в электронной версии.

Предварительная оценка знаний слушателей низкая, соответствует 2 баллам (правильных ответов 45% и ниже). Возможно, это связано с отсутствием занятий на рабочих местах, большой нагрузкой на ПМСП, отсутствием мотивации у медсестёр и возможности участвовать на различных учебных мероприятиях. Оценка по выполнению практических навыков колебалась, в среднем составила 3 балла. Благодаря систематическому контролю по усвоению материала и отработке навыков до автоматизма, результаты заключительных экзаменов были выше. Оценка финального теста колебалась в пределах 3-5 баллов, 10 (5,5%) слушателей циклов имели передачу заключительного экзамена. ОСКЭ сдавали с первого раза, средний балл равнялся 4.

Анкетирование слушателей по 5-балльной шкале пунктов: «атмосфера на кафедре», «оценка преподавателя», «оценка по проведению занятий и интерес», «насколько Вы усвоили практические навыки» – показало колебания оценки 4-5. Высшую оценку (100%) слушатели дали пункту – «насколько инте-

ресно проводятся занятия», «лекционный материал простой для понимания».

Заключение. Качество образования на кафедре соответствует критериям и стандартам сестринского дела, семейной медицине и образования на последипломном уровне.

Файзиев И., Файзиев Ф.И., Мамаджанов Ш.И.

АЛГОРИТМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

Кафедра стоматологии Худжандского отделения ГОУ "ИПОвСЗ РТ"
Согдийская областная клиническая больница

Цель исследования. Изучение состояния реабилитационных мероприятий больных с врожденными расщелинами губы и неба по Согдийской области.

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

Результаты и их обсуждение. В настоящее время в отделение ЧЛХ г. Худжанда все виды и методы оперативного лечения врожденных расщелин губы и неба проводятся последовательно с учетом профилактики острых респираторных заболеваний, подготовки детей к ортодонтическому лечению и логопедическому вмешательству, а также с учетом профилактики вторичных осложнений. Однако для получения желаемого эффекта только хирургическим методом, т.е. закрытия дефекта, недостаточно. Для достижения медицинской и социальной реабилитации больных в Согдийской области недостаточно эффективная система оказания помощи детям с врожденной челюстно-лицевой патологией, это в первую очередь связано с недостаточным количеством врачей-ортодонтотв: всего в городе Худжанде их 2, в Исфаре - 1, в Пенджикенте - 1; логопедов в Худжанде - 2, в Исфаре - 1, детских психологов, врачей педиатров и

гинекологов в роддомах со знанием данной проблемы нет.

Данные о распределении больных по возрасту с врожденными незаращениями губы и неба приведены с целью наглядной демонстрации, что из-за недостаточной информированности врачей стоматологов, участковых врачей и населения больные дети очень поздно поступают для оперативного лечения, что в конечном счете приводит к выраженным функциональным и эстетическим нарушениям и вызывает комплекс неполноценности у больных.

Как видно из данных таблицы, количество детей с врожденной расщелиной губы и неба до 6-месяцев составило 46 (21,8%), до 1-го года - 46 (21,8%), до 3-х лет - 67 (31,7%), до 6-и лет - 27 (12,8%), до 8-и лет - 12 (5,7%), старше 10-лет - 13 (6,2%). Необходимо отметить, что позднее обращение наблюдалось преимущественно среди больных из сельской местности.

Дети с врожденной челюстно-лицевой патологией должны проходить сложные, длительные и многоэтапные реабилитационные мероприятия.

С медицинской точки зрения полное восстановление анатомической целостности структуры и правильное функционирование органов челюстно-лицевой области во время актов приёма пищи, дыхание и речи достигается только оперативным методом.

Очень важным этапом является ортодонтическая коррекция зубных рядов, направленная как на улучшение жевательной функции, так и эстетики.

С педагогической стороны необходимо

обеспечить поддержку развития речевого аппарата ребёнка за счет занятий с врачом-логопедом.

Также необходима психологическая поддержка детей с врожденной расщелиной губы и неба.

Распределение больных с врожденными расщелинами губы и неба по возрасту

	2011	2012	2013	2014	Всего
До 6 месяцев	5 (2,37%)	15(7,1%)	20(9,48%)	6(2,84%)	46 (21,84%)
До 1 года	13 (6,16%)	13 (6,16%)	15(7,1%)	5(2,37%)	46 (21,8%)
До 3х лет	9 (4,26%)	21 (9,95%)	28(13,27%)	9(4,26%)	67 (31,75%)
До 6 лет	2 (0,94%)	11 (5,21%)	9(4,26%)	5(2,37%)	27 (12,8%)
До 8 лет	2 (0,94%)	4 (1,9%)	3(1,42%)	3(1,42%)	12 (5,69%)
Старше 10 лет	3 (17,20 лет, 21 год) (1,42%)	3 (12,5, 13 лет, 21 год) (1,42%)	1 (11 лет), 1 (14 лет), 1 (19 лет), 2 (20 лет) (2,37%)	1 (19 лет), 1 (22 года) (0,94%)	13 (6,16%)
Всего	34 (16,1%)	67 (31,75%)	80 (37,95%)	30 (14,2%)	211 (100%)

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что позднее обращение за лечебной помощью больных с врожденными расщелинами губы и неба отмечается преимущественно из сельской местности. В связи с этим для улучшения

качества и оказания своевременной помощи необходимо создание реабилитационных центров в крупных городах и районных центрах области. Нужно также разработать алгоритм ведения данной категории больных в условиях сельской местности.

Хайридинов М.Т., Хайридинов Д.М.

КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра сестринского дела в терапии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"
Центр доказательной медицины ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Выявить среди пожилого населения Республики Таджикистан компонентов МС - избыточного питания и артериальной гипертензии.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 669 больных (311 мужчин и 358 женщин) в возрасте от 60 до 69 лет (средний возраст $63,02 \pm 0,7$) с верифицированным метаболическим синдромом.

Критерии включения в исследование: АГ диагностировали при ДАД ≥ 90 мм рт. ст. и /или САД ≥ 140 мм рт. ст. у лиц, не получавших гипотензивную терапию, либо при нормальных цифрах АД на фоне приема гипотензивных препаратов; ГЛП - при уровне в сыворотке крови ОХС ≥ 190 мг/дл и/или ТГ ≥ 189 мг/дл; АО - при ИМТ выше 25 кг/м^2 и ОТ/ОБ $\geq 0,90$ для мужчин и ОТ/ОБ $\geq 0,80$ для жен-

щин или при ИМТ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$; критерием наличия ИНСД считали клинически диагностированный и документально подтвержденный ранее ИНСД с анамнезом заболевания от 6 месяцев до 11 лет. Для характеристики ИР использован уровень глюкозы в сыворотке крови через 2 часа после пробного завтрака (ПЗ) ≥ 140 мг/дл (ВОЗ, 1991), который можно считать косвенным признаком, характеризующим состояние ИР. Проведено открытое исследование влияния сочетанной терапии эналаприлом 10 мг/дл и симвастином 10 мг/сут. в течение 8 недель на проявления ИР при МС

Результаты и их обсуждение. Сопряжены ли гипотензивные и гиполипидемические эффекты сочетанного лечения больных ИНСД с АГ и ГЛП ингибитором АПФ эналаприлом

(10 мг/сут) с изменениями в уровнях показателей ИР. В группе больных, получавших сочетанную гипотензивную и гиполипидемическую терапию в течение 10 недель отмечалось снижение уровней САД на 13,2%, ДАД на 11,4%, ОХС на 16,2%. При суточном мониторинговании АД на фоне этого сочетанного лечения выявлено снижение уровней среднесуточного САД и ДАД, дневного САД и ДАД, ночного ДАД, индекса времени дневного САД и ДАД без значимого снижения в ночной период показателей среднего значения САД и индекса времени САД. Одновременная медикаментозная коррекция двух компонентов МС у больных ИНСД при сочетанной гипотензивной и гиполипидемической терапии привела к улучшению показателей ИР.

Полученные результаты свидетельствуют о снижении уровней глюкозы после ПЗ, повышении значения отношения глюкозы/инсулина натощак и через 2 часа после пробного завтрака (ПЗ), а также о снижении уровней глюкозы натощак. Практика применения статинов для лечения ГЛП, особенно в Республике Таджикистан, подчас наталкивается на невозможность длительного непрерывного применения обычных терапевтических доз этих препаратов по экономическим причинам. Встает вопрос о способности уменьшенных доз статинов снижать уровень гиперхолестеринемии, в том числе у больных ИНСД. В связи с этим было предпринято исследование гиполипидемической эффективности уменьшенной вдвое дозы симvastатина (5 мг/сут) в течение 10 недель. Этот период следовал или сразу после завершения основного курса лечения симvastатином в дозе 10 мг/сут. или начинался после 1-недельного перерыва гиполипидемического лечения. В результате 10-недельного приема симvastатина в уменьшенной дозе в этой подгруппе уровни ОХС несколько уменьшились, по сравнению с достигнутыми, от исходных значений - на 11,3% и 16,2% соответственно. Двухнедель-

ный перерыв в лечении симvastатином сопровождался повышением уровней ОХС до уровней, не отличимых от исходных. Лечение на этом фоне малыми дозами симvastатина привело к снижению уровней ОХС на 14,6%, по сравнению с исходными значениями. Эти результаты позволяют оценить эффекты применения симvastатина в дозе 5 мг/сут. при ГЛП у больных ИНСД как значимые для лечения, т.к. известно, что снижение уровня ОХС сыворотки крови на 1% приводит к снижению риска сердечно-сосудистых осложнений на 5-8%. Полученные результаты свидетельствуют в пользу возможности применения гиполипидемических препаратов из группы статинов временно в дозе вдвое меньшей обычно назначаемой, т.е. минимальной дозы. Это не позволит достигнуть максимального эффекта действия препарата, но поможет, в определенной степени, контролировать уровни ОХС, снижая риск развития ИБС у больных ИНСД.

В заключение была проанализирована динамика суммарного риска развития коронарных осложнений в группе больных ИНСД на фоне основного 10-недельного курса сочетанной терапии АГ и ГЛП. Суммарный коронарный риск после лечения снизился на 30,2%, по сравнению с исходным значением.

Заключение Таким образом, полученные нами результаты при изучении влияния сочетанной гипотензивной и гиполипидемической терапии на показатели инсулинорезистентности, а также данные по снижению суммарного риска у больных инсулинонезависимым сахарным диабетом позволяют считать целесообразным комплексный подход к медикаментозной коррекции больных инсулинонезависимым сахарным диабетом с кластером метаболических компонентов не только для воздействия на отдельные звенья единой цепи метаболических нарушений, но и для снижения риска коронарных осложнений.

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

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ МОЛОДОГО ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра сестринского дела в терапии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"
Центр доказательной медицины ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Оценка распространенности некоторых факторов риска метаболического синдрома среди молодого городского населения.

Материал и методы исследования. Было исследовано 712 человек в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст 26,8 лет), мужчин 400 (56,2%), женщин 312 (43,8%).

Использованы: анкетный опросник, включающий паспортные данные, сведения о наследственности, уровню физической активности (International Physical Activity Study), частотный опросник по питанию, который включал вопросы, касающиеся частоты приёма пищи, места питания, качества питания (досаливание пищи, употребление сахара, употребление овощей и фруктов).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного нами исследования определено, что почти половина населения молодого возраста городского населения ведут малоподвижный образ жизни, к которому более склонны девушки и женщины, доля которых составила 174 (62,2%) против 148 человек (36,7%) - мужчин. Это свидетельствует о чрезвычайно высокой распространенности НФА среди женского пола. Такую разницу, вероятно, можно объяснить менталитетом азиатского региона по отношению к женщинам. Девушки

гораздо реже вовлекаются в какие-либо виды физической активности.

Одним из основных факторов риска МС в нашем исследовании явилось неправильное нерациональное питание, основные погрешности питания широко распространены среди городской молодежи республики.

Выявлено, что около 21% населения нерегулярно питаются. Досаливают приготовленную пищу почти 68% населения. Чрезмерно употребляют сахар 47%, сладкие и жирные изделия - более 82%. Среди молодежи в возрасте от 20 до 30 лет выявлена высокая распространенность чрезмерного употребления сладостей, продуктов быстрого питания и газированных напитков, что сопряжено с пропуском завтрака и обеда.

Заключение. Таким образом, анализ результатов исследования позволяет сделать вывод, что среди молодого городского населения республики среди других модифицированных факторов риска развития метаболического синдрома наиболее распространены низкая физическая активность и нерациональное питание. Данная ситуация требует дополнительного внимания со стороны семейных врачей, средств массовой информации и, конечно, родителей для формирования навыков здорового образа жизни.

*Хайруллоева Э.Д., Замирова Н.С., Олимов Э.М.,
Асадов С.К., Бурхонов Ш.*

РЕАЛИЗАЦИЯ И ВНЕДРЕНИЕ ПРОЕКТА ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА CHILDCA В ГОУ «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»

Кафедра педиатрии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

В стране последовательно реализуется комплекс мер по модернизации национального медицинского образования, внедрению в данную сферу международных образовательных стандартов, проведению комплексных научных исследований по актуальным проблемам охраны здоровья населения, в частности совершенствованию комплексных мер по уходу за детьми.

В соответствии с задачами Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Таджикистан

в 2010-2025 годах и Концепции развития системы здравоохранения Республики Таджикистан на 2020-2030 годы, а также в целях дальнейшего совершенствования системы медицинского образования и науки, обеспечения ее интеграции в практическое здравоохранение и повышения уровня оказания медицинской помощи, одним из важнейших направлений дальнейшего развития системы переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров является обеспечение мониторинга и пер-

сонального учета процесса обучения медицинских кадров на курсах переподготовки и повышения квалификации.

В рамках реализации вышеизложенных программ крайне актуальным явилось начало нового образовательного проекта Erasmus Plus CHILDSA: «Совершенствование системы обучения по уходу за детьми, как модель модернизации последипломного медицинского образования в Центральной Азии», финансируемая Европейским Союзом. Внедрение данного проекта планируется в период с 2019 по 2023 гг., он подготовлен в рамках образовательной программы Европейского союза Erasmus+ (KA2 Capacity Building in the field of higher education) для укрепления потенциала вузов.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» является партнером этого проекта.

Консорциум (партнеры) CHILDSA:

1. Университет Павия – Италия;
2. Университет Ульм - Германия;
3. Ягеллонский университет - Польша;
4. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»;
5. Ташкентский педиатрический медицинский институт – Узбекистан;
6. Бухарский государственный медицинский институт – Узбекистан;
7. Казахский национальный университет имени Аль-Фараби – Казахстан;
8. Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова – Казахстан;
9. Казахский медицинский институт непрерывного образования – Казахстан;
10. Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино – Таджикистан;
11. Хатлонский государственный медицинский университет – Таджикистан.

CHILDSA - является совместным проектом, организованным в качестве технико-экономического обоснования, призван впоследствии запланированного стать структурным проектом для устойчивого и долгосрочного улучшения организации последипломной медицинской подготовки в странах ЦА, причем не только в области педиатрии, но и в других областях медицины.

В качестве ассоциированных партнеров в проекте также участвуют Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и Министерство высшего и

среднего специального образования Республики Узбекистан и Казахстан.

Цели проекта CHILDSA:

- Поддерживать модернизацию, профессионализацию и интернационализацию последипломного обучения в области управления уходом за детьми в странах ЦА в сотрудничестве с вузами из ЕС, желающими поделиться своим опытом и знаниями в отношении конкретных целей проекта;

- Оказывать поддержку странам ЦА в улучшении качества, планировании и проведении последипломного обучения в области управления уходом за детьми в своих вузах с учетом возможного структурного улучшения в организации указанного обучения;

- Содействовать аналогичному улучшению предложений последипломного обучения в других областях медицинской помощи, в то же время продвигая углубленный анализ в этой области в европейских вузах;

- Подчеркнуть важность ухода за детьми в текущем процессе реформы здравоохранения в странах ЦА, способствуя тем самым снижению детской смертности за счет обновленного подхода к современным методам ухода за новорожденными и детьми;

- Обеспечить прочную основу в педиатрической подготовке медицинских работников, занимающихся первичной медико-санитарной помощью;

- Повысить актуальность исследований ЦА в сценарии международной научной литературы посредством более глубокого взаимодействия с университетами-партнерами ЕС и более информированных отношений на арене рецензирования;

- Содействовать общению между людьми, межкультурной осведомленности и взаимопониманию в многонациональной сети вузов.

Задачи проекта CHILDSA:

- Совершенствовать заботу о детях в странах Центральной Азии посредством современной и инновационной подготовки специалистов, занимающихся их заботой;

- Использовать проект в качестве технико-экономического обоснования нового способа структурирования и проведения последипломного обучения в области ухода за детьми в странах Центральной Азии, в качестве шаблона для таких же улучшений в других областях медицины;

- Улучшить возможности реализации успешного будущего структурного проекта, направленного на модернизацию предоставления последипломной медицинской подготовки в странах Центральной Азии.

Специфические задачи проекта:

- Повысить и улучшить качество специалистов, подготовленных в вузах ЦА, которые занимаются уходом за детьми как на уровне стационаров, так и первичной педиатрической медицинской помощи путем разработки и внедрения новых конструктивных и совместных учебных программ по управлению уходом за детьми, прибегая к обновленным содержанию и современные методы обучения, такие как компоненты электронного обучения и обучение на основе моделирования;
- Повысить уровень компетенций и навыков в вузах ЦА для разработки и внедрения учебных программ для ординаторов и аспирантов в медицинских областях, подчеркивая необходимость целостного подхода и междисциплинарного взаимодействия;
- Внедрить технологии ИКТ для эффективного виртуального взаимодействия между вузами-партнерами.

Продуктом проекта будет являться достижения важности ухода за детьми в текущем процессе реформы здравоохранения в странах ЦА, что в последующем будет способствовать сокращению младенческой смертности за счет обновленного подхода к современным методам неонатальной и педиатрической помощи, широко используя инструменты новейших технологий.

Результаты. Результатами станут новые учебные планы и новые стратегии обучения, посвященные комплексному уходу за ребенком, согласно принятым в странах ЕС и нацеленным на достижение тех же результатов.

- Чтобы обеспечить прочную и устойчивую основу для обоснования этих результатов всем партнерам будут предоставлены самые современные системы обучения и телеконференции в области ИКТ, а также обучение без отрыва от производства.

- Подготовительная работа по проведению ситуационного анализа и педиатрической

свой переписи проекта также предоставит правительственным органам бесценный инструмент, обеспечивающий прочную основу для создания любого будущего проекта вмешательства в систему здравоохранения и трудовые ресурсы, предназначенные для ухода за детьми в странах Центральной Азии.

Ожидаемые результаты проекта. Ожидается, что конечным результатом будет сокращение младенческой смертности и значительное увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении для групп стран партнеров, которые в настоящее время живут в среднем на десять лет меньше, чем население ЕС.

В связи с началом работы проекта с 20 по 22 февраля 2019 года в городе Павия (Италия) в Университете Павия прошла первая рабочая встреча партнеров - представителей университетов Таджикистана, Казахстана и Узбекистана в сотрудничестве с университетами Италии, Германии и Польши. На этом мероприятии приняли участие сотрудники «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» - заведующая кафедрой педиатрии Хайруллоева Э.Дж. и ассистент кафедры педиатрии Замирова Н.С.

Данное мероприятие проходило в стенах Университета Павия (итал. Università degli Studi di Pavia, лат. Alma Ticinensis Universitas) - одного из старейших в Италии, который входит в Коимбрскую группу влиятельных европейских университетов.

Заключение. Таким образом, резюмируя вышеизложенное, необходимо отметить важность и социальную значимость данного проекта в области управления уходом за детьми в Таджикистане, а также в системе модернизации, профессионализации и интернационализации последипломного обучения и подготовки кадров.

Хисомова Х.К., Ортикова М.М., Кабиров К.М., Одинаева П.А.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В 2022 ГОДУ В ГУ «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ №1» УЗ Г. ДУШАНБЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ "ИПОВСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить распространённость заболеваний в 2022 году среди детей с инвалидностью в ГУ «Городской центр здоровья №1» г. Душанбе Республики Таджикистан, предоставленные в Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и ГУ «Государственная служба медико-социальной экспертизы».

Материал и методы исследования. В работе изучалась учётно-отчётная документация, предоставленная в ГУ «Республиканский центр статистики и медицинской информации» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и ГУ «Государственная служба медико-социальной экспертизы».

Результаты и их обсуждение. ГУ «Городской центр здоровья №1» города Душанбе расположен по адресу улица Фирдавси 13/2. Структура ГЗЦ №1 состоит из 8 семейных отделений, лаборатории, отделения функциональной диагностики, репродуктивного центра. Всего семейных врачей в ГЗЦ №1 города Душанбе 70 человек. Из них 57 (81,4%) человек женщины, 13 (18,5%) – мужчины. Из общего числа семейных врачей 70 отличников здравоохранения 6 (8,6%), высшей категории 26 (37,0%), первой категории 17 (24,2%), второй категории 14 (20,0%), без категорий 7 (10%). В отделении функциональной диагностики ГУ ГЗЦ №1 г. Душанбе работают 68 врачей - узких специалистов, из них лиц женского пола 45 (66,1%), мужского пола 23 (33,8%). Из общего числа узких специалистов 68 отличников здравоохранения 12 (17,6%), высшей категории 28 (41,1%), первой категории 9 (13,2%), второй категории 11 (16,1%), без категорий 8 (11,8%).

Всего обслуживаемого населения в ГУ ГЗЦ №1 г. Душанбе 178405 человек, из них лиц мужского пола 88671 (49,7%), женского 89734 (50,2%), среди них детей до 18 лет всего 63834: мальчиков 30110 (47,1%), девочек 33731 (52,8%).

При изучении распространённости заболеваний в 2022 году среди детей с инвалидностью в ГУ «Городской центр здоровья №1» г. Душанбе с заболеваниями нервной системы всего зарегистрировано 59 детей, из них мальчиков 31 (52,5%), девочек 28 (47,4%), от 2-х до 3-х лет – 1 (1,6%), с 3-х до 4 лет – 3 (4,7%), с 4 до 5 лет – 3 (4,7%), с 5 до 6 лет – 4 (6,3%), с 6 до 7 лет – 3 (4,7%), с 7 до 8 лет – 5 (7,8%), с 8 до 9 лет – 9 (14,1%), с 9 до 10 лет – 2 (3,1%), с 11 до 12 лет – 2 (3,1%), с 12 до 13 лет – 3 (4,7%), с 13 до 14 лет – 1 (1,6%), с 14 до 15 лет – 5 (7,8%), с 15 до 16 лет – 55 (7,8%), с 16 до 17 лет – 44 (6,3%), с 17 до 18 лет – 2 (3,1%). Врожденные пороки сердца имели 9 детей, из

них мальчиков 5 (55,5%), девочек 4 (44,4%), с 2-х до 3-х лет – 1 (1,6%), с 3-х до 4-х лет – 1 (1,6%), с 4 до 5 лет – не зарегистрировано, с 5 до 6 лет – 1 (1,6%), с 6 до 7 лет – 1 (1,6%), с 7 до 8 лет – 1 (1,6%), с 8 лет до 9 лет – не зарегистрировано, с 9 до 10 лет – 1 (1,6%), с 10 лет до 14 лет – не зарегистрировано, с 14 до 15 лет – 1 (1,6%), с 15 до 16 лет – 2 (3,1%), с 16 до 18 лет – не зарегистрировано случаев заболевания. Сахарный диабет I-го (первого) типа всего зарегистрирован у 5 детей, из них мальчиков 3 (60,0%) девочек 2 (40,0%), с 2-х до 3-х лет – 1 (1,6%), с 3-х до 4 лет – 1 (1,6%), с 5 лет до 9 лет – нет случаев заболеваемости, с 9 до 10 лет – 1 (1,6%), с 10 до 18 лет – нет случаев. Заболевания опорно-двигательной системы всего зарегистрированы у 14 детей, из них мальчиков 9 (64,2%), девочек 5 (35,8%), с 2-х до 3-х лет – 1 (1,6%), с 3-х до 6 лет – не зарегистрировано случаев заболевания, с 6 до 7 лет – 1 (1,6%), с 7 до 8 лет – 1 (1,6%), с 8 до 9 лет – 2 (3,1%), с 9 до 10 лет – нет случаев заболеваемости, с 10 до 11 лет – 1 (1,6%), с 12 до 13 лет – 3 (4,7%), с 13 до 14 лет – 2 (3,1%), с 14 до 16 лет – нет случаев заболевания, с 16 до 17 лет – 42 (3,1%). Заболевания глаза всего зарегистрированы у 18 детей, из них мальчиков 11 (61,1%), девочек 7 (38,9%), с 2-х до 3-х лет – 1 (1,6%), с 3 до 8 лет – не зарегистрировано, с 8 до 9 лет – 1 (1,6%), с 9 до 10 лет – 1 (1,6%), с 10 до 11 лет – не зарегистрировано, с 11 лет до 12 лет – 3 (4,7%), с 12 до 13 лет – не зарегистрировано, с 13 до 14 лет – 1 (1,6%), с 14 до 15 лет – 3 (4,7%), с 15 до 16 лет – 2 (3,1%), с 16 до 17 лет – 2 (3,1%), с 17 до 18 лет – 3 (4,7%). Болезнь Дауна всего зарегистрирована у 8 детей, из них мальчиков 3 (37,5%) девочек 5 (62,5%), с 2-х до 3-х лет – 1 (1,6%), с 3-х до 5 лет – не зарегистрировано, с 5 до 6 лет – 1 (1,6%), с 6 до 7 лет – 2 (3,1%), с 7 до 8 лет – 2 (3,1%), с 8 до 9 лет – 1 (1,6%), с 9 до 17 лет – не зарегистрировано, с 17 до 18 лет – 1 (1,6%).

Заключение. При проведении исследования установлено, что наиболее часто встречаются среди детей-инвалидов в 2022 году в ГУ «Городской центр здоровья №1» г. Душанбе заболевания нервной системы – 59 случаев (0,09%), больше среди мальчиков – 31 (52,5%), на втором месте заболевания глаза – 18 случаев (0,028%), больше среди мальчиков, на третьем месте заболевания опорно-двигательной системы – 14 случаев (0,02%), больше среди мальчиков – 9 (64,2%).

В целях раннего выявления и последующего эффективного лечения целесообразно регулярно осуществлять системный осмотр ребенка на уровне ПМСП, проводить своевременное консультирование для последующего внедрения эффективных вмешательств по их устранению.

Шамсидинов А.Т., Файзов К.С., Исмоилов Ф.Н., Юсупова З.Х.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОБСЕМЕНЁННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИЙ ОБЪЕКТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ Г. ДУШАНБЕ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Провести сравнительную оценку обсеменённости возбудителями инфекций объектов внешней среды в стоматологических поликлиниках г. Душанбе.

Материал и методы исследования. Микробная картина циркулирующих возбудителей в окружающей среде стоматологических поликлиник г. Душанбе в 2020 – 2022 г. мы определяли путем исследования воздуха внутри рабочих помещений (160 проб), смывов с объектов внешней среды (68 проб), выборочно взятых мазков из носоглотки (37 проб) и смывов с рук медицинского персонала (83 пробы). Микробиологические исследования проводились по общепринятым методикам.

Результаты и их обсуждение. Современные стоматологические учреждения имеют в своем составе терапевтические, хирургические, ортопедические отделения и зуботехническую лабораторию. Циркуляция микроорганизмов в них характеризуется своими особенностями и изменяется не только вследствие скопления людей, имеющих различные виды зубочелюстной патологии, но и режимов работы стоматологического оборудования, рассеивающего бактериальный аэрозоль ротовой полости по всему помещению.

Исследование, проведенные по специальным программам ВОЗ, показали, что ВБИ в среднем поражали 8,4% пациентов. В странах Европы этот показатель составил 7,7% в США - около 5%, в России - 6,7%. По отчетным данным, в ЛПУ г. Душанбе частота ВБИ в стационарах составляет 4,4%, однако в действительности она намного выше.

Постоянные контакты как между больным, так и между больными и медицинскими работниками способствуют широкой циркуляции микроорганизмов в окружающей среде и обсемененности рук персонала, медицинского инструментария, оборудования, зубопротезных материалов и воздушной среды в рабочих помещениях.

В результате проведенных нами исследований было взято 160 проб воздуха в

стоматологических учреждениях г. Душанбе. Установлено, что в воздухе кабинетов стоматологических поликлиник отмечается превышение содержания микроорганизмов как по их общему количеству (КОЕ), так и по количеству золотистого стафилококка и грамотрицательных микроорганизмов.

Обсеменённость воздуха во всех отделениях стоматологических поликлиник превышала нормативы содержания микроорганизмов по общему числу колоний в 52% случаев. Наибольший процент превышения нормативов отмечен в ортопедическом и терапевтическом отделениях - 68,3% и 63,3% случаев соответственно. При этом минимальная обсемененность отмечается в воздухе хирургических отделений, что связано с тщательной дезинфекцией помещений и спецификой проведения хирургических стоматологических вмешательств без применения бормашинок.

При исследовании микробной обсемененности в отделениях стоматологических поликлиник выявлен ее различный уровень в течение рабочей смены. Минимальное значение уровней обсеменения воздуха отмечалось в начале рабочего дня во всех отделениях от $27,2 \pm 1,1$ до $51,4 \pm 4,3$ КОЕ в 1 м^3 .

В середине рабочего дня микробное загрязнение воздуха во всех отделениях стоматологических поликлиник возрастало, по сравнению с началом рабочего дня, в 2,5-5,6 раза ($p < 0,001$). Наибольшее значение КОЕ в 1 м^3 воздуха отмечались в ортопедическом и терапевтическом отделениях $(21,6 \pm 1,3) \times 10^2 - (11,3 \pm 0,7) \times 10^2$ соответственно, что связано с использованием однотипного стоматологического оборудования, распыляющего микрофлору ротовой полости по всему помещению.

К концу рабочего дня количество микроорганизмов в воздухе всех отделений стоматологических поликлиник достигало максимального значения и в сравнении с началом рабочего дня отмечалось его превышение в 8 – 10 раз ($p < 0,001$). Всего было выделено 14 культур микроорганизмов, в микробном пейзаже обнаруживались S.

Aures, S. Epidermidis, S. Saprophiticus, S. Vulgaris, Candida albicans и др.

Заклучение. Таким образом, постоянное проведение в течение рабочего дня влажной уборки помещений с применением совре-

менных дезинфекционных препаратов с последующим обеззараживанием воздуха бактерицидными лампами значительно снижает риск развития внутрибольничных инфекций.

Шарипов А.А., Шарипова Ш.Т., Назираи Анвар, Ёдгоров С.О.

ВАКСИНАТСИЯИ ЗИДДИ COVID-19 ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи бемориҳои сироятӣ МДТ "ДТБКСТ ҶТ"

Кафедраи кори ҳамширагӣ дар тибби оилавӣ МДТ "ДТБКСТ ҶТ"

Маркази саломатии шаҳрии №8

Ваксинатсия бар зидди сирояти COVID-19 имрӯз ягона роҳи босамари пешгирӣ аз сироятшавӣ ва хусусан аз ҷараёни вазнини сирояти COVID-19 дар саросари ҷаҳон ба шумор меравад.

То имрӯз дар 222 давлати ҷаҳон иммунизатсия бар зидди сирояти нави коронавирус бо истифода аз вакцинаҳои Пфайзер (ИМА), Модерна (ИМА), Астразенека (Бритониёи Кабир, Корейи Ҷанубӣ, Ҳиндустон), Синовак ва Синофарм (Хитой), Спутник V (Федератсияи Россия) ва Ҷонсон ва Ҷонсон (ИМА) рафта истодааст.

Айни ҳол зиёда аз 4,8 миллиард аҳолии дунё пурра ба ваксинатсия фаро гирифта шудаанд, ки ин 61,6 %-ро ташкил медиҳад.

Бо мақсади пешгирии пайдоиш ва паҳншавии ҳодисаҳои сирояти нави коронавирус COVID-19 тибқи қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 22 март соли 2021, №83 "Дар бораи гузаронидани иммунизатсия бар зидди бемории сирояти COVID-19 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон" аз 23 март соли ҷорӣ бо ваксинатсия фаро гирифтани аҳолии гурӯҳҳои мақсаднок оғоз гардида, он то ҳол идома ёфта истодааст.

Мутобиқи Нақшаи миллии ваксинатсия ба 3 марҳила ҷудо шуда буд.

Марҳилаи якум 10,62%-и аҳолиро дар бар гирифта, аз зермарҳилаҳои 1/а, 1/б ва 1/в иборат аст.

- кормандони соҳаи тиб (1,3%),
- калонсолони аз 70 сола боло (1,94%),
- шахсони аз 60 то 69 сола (4,11%),
- шахсони аз 20 сола боло, ки гирифтори бемориҳои ВНМО, диабет қанд, сил, гепатитҳои вирусӣ, фишорбаландӣ, саратон, ишемиявии дил ва бемориҳои музминии роҳҳои нафасдоранд (3,31%), ба нақша гирифта шудааст.

Дар марҳилаи дуюм - то 20,0% аҳолиро дар бар гирифта, аз зермарҳилаҳои 2/а (0,81%) ва 2/б (9,4%) иборат аст.

- шахсони аз 20 сола болои гирифтори бемориҳои музминии гурда, фарбеҳӣ, норасогии масуниятдошта, неврологӣ (0,81%),
- шахсони 50-59 сола, калонсолон (7,7%),
- кормандони соҳаи маориф (0,90%).

Дар марҳилаи сеюм 42,5% аҳоли бо ваксинатсия фаро гирифта мешавад:

- шахсони аз 18 то 49 сола,
- шахсони гирифтори бемориҳои ҳамради дар ҳамин синну сол

Дар умум аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон - 9 313 800 нафар мебошад, ки аз ин шумора бояд 5 826 301 нафар шахрвандон (гурӯҳҳои мақсаднок) бо ваксинатсия фаро гирифта шаванд, ки ин 62,6 %- аҳолиро ташкил медиҳад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар доираи Механизми COVAX ва дигар ҳамкориҳои байналмилалӣ вакцинаҳои зидди COVID-19-ро ҳамчун кӯмаки башардӯстона ворид мекунад, то санаи 03 июли соли 2022 дар шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ бо вояи якуми вакцинаҳо 94,0%, бо вояи дуюм 92,1% ва бо вояи сеюм 72,9% -и гурӯҳҳои мақсадноки аҳоли фаро гирифта шуданд. Дар умум тибқи маълумотҳои омӯрӣ 52,8%-и аҳолии кишвар аз ваксинатсия гузаштаанд, ки ин нисбати аксарияти кишварҳои дунё нишондоди беҳтарин аст.

Мушкилоти ҷойдошта дар ҷараёни фарогирии аҳоли ба ваксинатсия

- Паст будани пайравӣ (ихлосмандӣ) ба ваксинатсия,
- Надоштани маълумоти пурра ва ё ҷойдоштани маълумоти нодуруст (дезинформатсия) дар расонаҳои иҷтимоӣ,
- Ҷойдоштани тарсу ҳаррос аз ҳолати номатлуб ва оризаҳои вакцина,
- Нобоварии мардум аз бахши тандурустӣ.

Ваксинаҳое, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон истифода мешаванд

Ваксинаҳо	Кишвари истеҳсолкунанда	Давлатҳои истифодабаранда	Платформаи технологӣ	Шароити нигоҳдорӣ
Астра Зенека (Oxford/AstraZeneca)	Британияи Кабир, Кореяи Ҷанубӣ, Ҳиндустон	184	Ваксинаи рекомбинантии аденовируси Ch AdoX 1-S	+2°C то +8°C (6 моҳ) +2°C то 30°C (6 соат)
Пфайзер (Pfizer / BioNTech)	ИМА	124	Ваксинаи мРНК (ғайрифаъол кардашуда)	-90°C то -60°C (6 моҳ) -25°C то -15°C (2 ҳафта) +2°C то +8°C (то 1 моҳ) +2°C то +30°C (6 соат)
Модерна (Moderna)	ИМА	71	Ваксинаи мРНК (ғайрифаъол кардашуда)	-25°C то -15°C (7 моҳ) +2°C то +8°C (1 моҳ) +2°C то 25°C (6 соат)
КоронаВак (CoronaVak)	Ҳитой	42	Ваксинаи ғайрифаъол кардашудаи SARS-COV-2	+2°C то +8°C (24 моҳ)
Гам Ковид Вак (Спутник V)	Федератсияи Россия	50	Ваксинаи якҷояи вектори (вектори аденовирусӣ бо фрагменти маводи генетикии SARS-COV-2)	+ 2°C то + 8°C (2 моҳ)

Бо мақсади муайян намудани ҳолатҳои номатлуб аз ваксинатсия дар байни гурӯҳҳои мақсаднок, аз ҷумла кормандони тиб дар мисоли 260 нафар аз кормандони ДТБКСТҶТ ва кормандони як қатор муассисаҳои бахши КАТС-и ш. Душанбе таҳқиқот гузаронида шуд. Аз шумораи умумии мутахассисон 130 нафарашон зан (50%) ва 130 нафарашон мард (50%) мебошанд. Бояд қайд намуд, ки синну соли соли миёнаи мутахассисони номбурда аз 50 то 60 соларо ташкил намуда, аз ин 84 нафарашон (32,3%) бемориҳои музмин ва ҳамрадиф доштанд. Таҳлил нишон дод, ки нишонаҳои ҷой доштани тарсу ваҳм аз ваксинатсия бештар дар байни мутахассисони ҷавон (синну соли аз 30 то 40 сола) бештар (51,3%) мушоҳида карда шуд. Ин нишондод дар силу солҳои баъдӣ камтар шуда (27,3%) ва баъдан дар байни синну соли аз 60 боло боз нисбатан бештар (39,1%) гардидааст.

Таъсири номатлуб баъд аз ваксинатсия асосан дар намуди дардмандӣ ва сурхшавии ҷойи тазриқ (124 ҳолат), дарди мушакҳо (106 ҳолат) ва дарди сар (92 ҳолат) зоҳир гардида, дигар нишонаҳои сарири камтар ба назар расиданд. Давомнокии таъсири номатлуб асосан аз 2 то 4 рӯзро (76,9%) ташкил дода, танҳо дар 2 ҳолат (0,3%) ин таъсирот аз 14 рӯз бештар тул қашидааст.

Хулоса. Ҳолатҳои номатлуб асосан дар рӯзҳои аз 2 то 4-уми баъди ваксинатсия ба қайд гирифта шудаанд, ки аслан ба ҷавоби системаи масунии организм ба ворид гардидани ваксинаҳо вобаста буда ҷараёни клиникии сабук доранд.

Дар ҷараёни ваксинатсия ягон ҳолати ориза ва ё оқибатҳои нохуш аз таъсири ваксинаҳо ба қайд гирифта нашудааст.

Дар баланд бардоштани ихлосмандӣ ба фарогирии аҳоли ба ваксинатсия ва самаранокии он, гузаронидани корҳои фаҳмонда-

диҳию ташфиқотӣ, риояи талаботи ниғаҳдорӣ, интиқол ва гузаронидани вакцинаҳо нақши муҳим мебозад.

Дар баробари фаро гирифтани мардум ба

вакسينатсияи саросарӣ риояи чораҳои пешгирӣ, аз ҷумлаи риояи фосолаи иҷтимоӣ ва истифодаи ниқоб дар ҷойҳои ҷамъияти зарур аст.

¹Шокиров Т.М., ²Нозиров Дж.Х., ^{1,2}Мурадов А.М., ³Мурадов А.А.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН, ПРИВОДЯЩИХ К РАЗВИТИЮ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ЖИТЕЛЕЙ ТАДЖИКИСТАНА

¹ГУ "Городской научный центр реанимации и детоксикации" УЗ г. Душанбе

²ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

³ФГБУ "НМИЦССХ имени А.Н. Бакулева", Москва, РФ

Цель исследования. Изучить основные этиологические факторы развития терминальной стадии хронической болезни почек (ТсХБП) методом ретроспективного анализа медицинской документации.

Материал и методы исследования. Изучены истории болезни 100 больных с ТсХБП (60 - 60,0% мужчин и 40 - 40,0% женщин). Превалировали пациенты-мужчины среднего и пожилого возраста 38 - 68 лет (64,5%), женщины - 48-67 лет (35,5%). Заболеваемость увеличивалась с возрастом, достигая максимума в 40-77 лет. 52% из числа обследованных составляли жители города, 48% - села.

Наряду с общеклиническими (сбора жалоб и анамнеза, объективных и физических данных) были использованы лабораторно-биохимические, функциональные, дополнительные и статистические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Изучение причин, приведших к развитию ТсХБП

у обследованных нами больных, выявило превалирование среди них пациентов с пиелонефритом, который обнаружен у каждого третьего обследуемого - 31,0%. Артериальная гипертензия, гломерулонефрит и диабетическая нефропатия встречались соответственно в 18%, 17% и 12% случаев. Несколько реже причиной ТсХБП оказались такие болезни, как мочекаменная болезнь (7%) и коллагенозы (6%). Замыкали список причин развития ТсХБП поликистоз почек, амилоидоз и другие, редко встречающиеся болезни: 4%, 2% и 3% соответственно.

Заключение. Таким образом, выявленные нами особенности в распространенности причин развития ТсХБП, обусловленные организационными, региональными, климато-географическими и другими факторами, необходимо учитывать при организации лечебно-профилактических мероприятий органами здравоохранения.

Шукурова С.М., Рахматуллоев Х.Ф., Гоибназаров А.А.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Провести анализ сопутствующей патологии и затрат на лечение и медицинские услуги у пожилых больных с фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 78 амбулаторных карт пациентов с ФП. Уровень коморбидности оценивали с помощью

шкалы CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics) и критерия Чарлсона. В расчете «стоимости болезни» учитывали только прямые затраты.

Результаты и их обсуждение. У пожилых больных с ФП (средний возраст – $74,7 \pm 8,8$ лет) выявлены высокие показатели коморбидности. Индекс коморбидности Чарлсона составил $4,0 \pm 1,8$; CIRS-G – $8,0 \pm 2,8$. Чаще ФП сопутствуют кардиологические заболевания: гипертоническая болезнь – у 98,9%, ишемическая болезнь сердца – у 27,6%, хроническая сердечная недостаточность – у 76,5% пациентов. Высокая полиморбидность объясняет частую полипрагмазию. На одного пациента в среднем приходилось $8,5 \pm 3,8$ лекарственных средств (ЛС). При расчете прямых затрат оказалось, что на одного пациента с ФП тратится $1829,2 \pm 344,4$ сомони в год. При этом на амбулаторную помощь – 78,8%, на госпитализации – 16,5%, на вызовы

скорой медицинской помощи – 4,7%. 66,4% всех прямых затрат составляют расходы на ЛС, в основном кардиологического профиля. С ростом коморбидности увеличиваются затраты на лечение сопутствующих заболеваний, второстепенные затраты и затраты на визиты к врачу.

Закключение. Пожилой больной с ФП одновременно получает $8,5 \pm 3,8$ ЛС, что коррелирует с тяжестью коморбидности по индексу Чарлсона ($r=0,59$; $p=0,000$) и шкале CIRS-G ($r=0,29$; $p=0,004$). Большую часть прямых расходов на ведение пациента с ФП на амбулаторном этапе составляют траты на лекарственные препараты (66,4%). Вместе с тем с увеличением коморбидности жизненно-необходимых ЛС используется недостаточно, увеличиваются затраты на лечение сопутствующих заболеваний, в 4 раза – на второстепенные лекарства без доказанной эффективности.

Юнусова Д.З., Набиев З.Н., Гадоева Х.С., Намозова З.С.

АНАЛИЗ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА Г. КУЛЯБА В РАМКАХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ

ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Перинатальный центр г. Куляба

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

Цель исследования. Изучить статистические показатели перинатального центра г. Куляба и разработать предложения для эффективности внедрения системы регионализации в стране.

Материал и методы исследования. Годовые отчеты перинатального Центра (приказ МЗиСЗН РТ №609 от 16 августа 2019 года) за 2019-2021 годы.

Результаты и их обсуждение. За анализируемый период количество поступивших женщин в перинатальный центр увеличилось в 1,3 раза (с 6038 до 8113), при этом в родильное отделение на 1493 родильниц больше (с 5721 до 7214). Госпитализация пациенток в отделение патологии беременных с осложненным течением беременности уменьшилось в 1,6 раза (с 1759 до 1083). Количество родов увеличилось на 802 единицы (с

5047 до 5849), при этом из общего количества родов в 1,3 раза уменьшилось количество преждевременных родов - с 464 (8,1%) до 406 (5,8%). Количество живорожденных увеличилось на 783 младенца (с 4888 до 5671).

Следует отметить, что в 2 раза уменьшилась доля подростковых беременностей (с 1465 до 756) и в 1,7 раза - беременных старше 35 лет (с 705 до 396). В 1,3 раза увеличилось количество поступивших больных с анемией тяжелой степени тяжести (с 52 до 98 случаев). Количество беременных с предлежанием плаценты увеличилось в 2 раза (с 30 до 62), с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты – на 8 женщин (165 до 157 случаев), уменьшилось количество поступивших родильниц с геморрагическим шоком (с 36 до 33 случаев). Количество эклампсий в год уменьшилось в 2 раза (15 – 7

случаев соответственно), тогда как тяжелых преэклампсий увеличилось в 1,4 раза (116-173 случаев соответственно).

Перинатальные потери уменьшились на 63 случая (с 295 до 232 соответственно), при этом почти в 2 раза уменьшилось количество антенатальной гибели плода (с 147 до 56 случаев), но на 17 случаев увеличилась ранняя неонатальная смертность (136-119 случаев соответственно). За анализируемый период в 1,5 раза увеличилось количество операций кесарева сечения (1205- 1874), в 2,7 раза - ампутиаций матки (4-11 случаев соответственно), экстирпаций произведено 3-4 в год. Имеет место высокая частота разрывов промежности (148-142 случая соответственно).

Сравнительный анализ показал, что с момента создания перинатального центра показатель материнской смертности в Хатлонской области снизился и составлял в 2019 г. - 22,7, в 2020 г. - 18,2 на 100 тыс. живорожденных, по сравнению с 2015 годом (45 на 100.тыс. живорожденных). Усилилась координация перенаправления на себя женщин групп высокого риска из учреж-

дений первого и второго уровней согласно «Порядку оказания медицинской помощи в период беременности, родов и после родов в организации здравоохранения», утвержденном Постановлением Правительства РТ от 20 декабря 2021 года № 545.

В перинатальном центре проведены семинары по «Методологии и принципах аудита критических случаев» и более 30 клинических аудитов критических акушерских случаев, а также подготовлены тренеры по эффективной перинатальной помощи.

Заключение. Создание в регионе перинатального центра позволит улучшить доступность в качественной высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам. Организация системы непрерывного образования для акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов и среднего медицинского персонала, а также регулярное проведение анализа критических случаев являются ключевыми индикаторами эффективности деятельности перинатального центра.

РАЗДЕЛ II

ТЕРАПИЯ

Азимзода С.М., Каримова Ф.Н.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ В ТАДЖИКИСТАНЕ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗСЗН РТ
Кафедра гастроэнтерологии и диетологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучение распространенности ГЭРБ в различных регионах Таджикистана с использованием анкетирования по сокращенному варианту опросника клиники Мэйо.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2-х регионах Таджикистана: Согдийской и Хатлонской областях. Использован переведенный на таджикский язык опросник GerdQ (короткий опросник клиники Мейо). Также в опросник были включены показатели измерения индекса массы тела (ИМТ), информация о наличии вредных привычек, метаболического синдрома, т.е. выявление сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых, артериальной гипертензии, сахарного диабета и др.).

Результаты и их обсуждение. Согласно классификации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода.

В патогенезе ГЭРБ основное значение имеет нарушение двигательной (моторной) функции пищевода, снижение сократительной способности его стенки при рефлюксе, снижение давления нижнего сфинктера ниже 14,3–34,5 мм рт. ст. и деструктуризация его антирефлюксной функции, а также замедление опорожнения желудка и кишечника.

Основными клиническими симптомами ГЭРБ являются изжога и регургитация. Изучение распространенности ГЭРБ прово-

дится с применением опросников, выявляющих характерные симптомы заболевания. Согласно международным исследованиям, распространенность симптомов ГЭРБ в мире колеблется от 26% до 60%. В Таджикистане за последние десятилетия не проводились исследования о распространенности ГЭРБ с использованием вопросников. Имеются лишь данные о распространении ГЭРБ по обращаемости больных в клинику института.

Всего нами проанализировано 5219 анкет (опросников) респондентов в возрасте от 18 до 80 лет, мужчин - 2156, женщин - 3063 (средний возраст $46 \pm 15,4$). По Согдийской области всего число респондентов составило 1568 (30,9%), из них женщин 965 (61,5%), мужчин 603 (38,5%), средний возраст 39,4 лет. Изжога отмечалась у 670 (38,7%) респондентов, регургитация - у 520 (30,1%), загрудинная боль - у 189 (10,9%), что связано с частым употреблением алкоголя 301 (19,2%), курением сигарет – 332 (21,2%) и насвая 235 (15,0%) среди мужчин данного региона. При изучении сочетаний ГЭРБ со степенью ожирения выявило, что среди старших возрастов отмечается повышение ИМТ до 27,4%. 518 (30,0%) респондентов отмечали регулярный прием ингибиторов протонной помпы (ИПП), которое свидетельствует о наличии у больных различных степеней ГЭРБ.

В Хатлонской области анкетированием охвачено 1290 респондентов, что составляет 24,7% от общего числа респондентов. Из них женщин 790 (61,2%), мужчин 500 (38,8%), средний возраст $40,2 \pm 8,5$ лет. Изжога отмечалась у 975 (75,5%), регургитация - у 322 (24,9%), загрудинная боль - у 196 (15,1%), что связано с частым употреблением алкоголя 36 (2,7%), курением сигарет 172 (13,3%) и насвая 340 (26,3%) среди респондентов данного региона. Отмечается повышение ИМТ до

29,2%, более высокий процент респондентов (36,7%), которые принимали ИПП, по сравнению с Согдийской областью.

Заклучение. Таким образом, сравнительные показатели распространенности ГЭРБ в Согдийской и Хатлонской обла-

стях свидетельствуют о её более высоком уровне в Хатлонской области, что обусловлено более высокими показателями ИМТ, вредных привычек и характером питания респондентов данного региона Таджикистана.

Асламова Г.К.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ГУ “РНКЦ педиатрии и детской хирургии” МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Охарактеризовать клинические и анамнестические особенности пневмонии у детей с избыточной массой тела.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось с октября 2021 до февраля 2022 гг. в пульмонологическом отделении ГУ НМЦ РТ “Шифобахш”. Проводилось комплексное исследование 40 детей от 1-го до 2 лет с тяжелым и очень тяжелым течением внегоспитальной пневмонии, которые относились к первой группе. Контрольную группу составили 20 детей аналогичного возраста, с нормальными антропометрическими данными, страдающими внегоспитальной пневмонией.

Для обоснования диагноза пневмонии всем детям были проведены комплексные клинико-лабораторные диагностические мероприятия, которые включали сбор анамнестических данных, результаты общего осмотра и гематологические показатели наблюдаемых больных детей.

Результаты и их обсуждение. Все дети поступили в отделение детской пульмонологии на 5-10 дни после появления первых симптомов заболевания, в домашних условиях этим детям была назначена антибактериальная и симптоматическая терапия. Дети госпитализированы с учетом дыхательной недостаточности, повышением температуры тела, с признаками эндогенной интоксикации организма, синдромом обструкции, одышкой, беспокойством и тахикардией.

Из анамнеза отмечено, что дети с избыточной массой тела относятся в группе часто

болеющих, в течение года у них отмечались повторные случаи ОРВИ и ОРИ.

При осмотре выявлены одышка (75%), цианоз носогубного треугольника (70%), серо-бледный оттенок кожи (38%), выраженный акроцианоз (22%), холодные на ощупь конечности (48%), участие вспомогательных дыхательных мышц грудной клетки и крыльев носа в акте дыхания (56%), втяжение уступчатых мест грудной клетки при вдохе (12%) и выдохе (19%), вздутие живота (24%) и снижение оксигенации кожных покровов при пульсоксиметрии (21%).

У 13 детей диагностирована ДН 1-ой степени, у 27 детей - ДН 2-ой степени и у 5 детей – 3-й степени, при которых была назначена оксигенотерапия с помощью носовых канюль.

Осложнения отмечались в виде ДВС-синдрома - 2 случая, пневмоторакса - 1 случай, бактериальной деструкции легких - 2 случая и в 5 случаях заболевание осложнилось судорожным синдромом. Дети с пневмотораксом и бактериальной деструкцией легких были переведены в хирургические стационары.

Заклучение. У детей с нормальными антропометрическими показателями внегоспитальная пневмония имеет тяжелое течение, но при этом у них отмечается быстрое исчезновение симптомов болезни, по сравнению с детьми с избыточной массой тела.

У детей с избыточной массой тела внегоспитальная пневмония протекает с выраженными признаками эндогенной интоксикации, дыхательной недостаточностью и в некоторых случаях отмечались грозные осложнения.

Асрори М., Давлатов С.Т., Атоев И.Т., Раҳматов М.К.

БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ГЕМОФИЛИЯ ВА СИРКУМСИЗИЯ

Кафедраи бемориҳои дарунӣ бо курси геронтологияи ДТБКСТ ҚТ
Кафедраи бемориҳои кӯдаконаи №2-и ДДТТба номи Абӯали ибни Сино
Кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи ДДТТба номи Абӯали ибни Сино

Мақсад. Мушоҳида намудани беморони гемофилия, ки дар онҳо хатнасур гузаронида шуд.

Мавод ва услубҳои муоина. Барои тадқиқот 10 нафар беморони аз сини 3 то 6 сола гирифта шуд, ки дар давоми солҳои 2019-2020 дар шӯъбаи бемориҳои хуни кӯда-

конаи МД ММТ ҚТ “Шифобахш” бистарӣ буданд, бо ташҳиси “гемофилия” ба онҳо хатнасур дар муҳити асептикӣ ва антисептикӣ гузаронида шуд. Ҳангоми қабули беморон аз усулҳои умумии клиникӣ, лабораторӣ ва олотӣ гузаронида шуданд.

Намуди гемофилия	Ҳисоб намудани вояи як каратаина
Равиши вазнини гемофилияи “А”	$X = M \times L \times 0,5$
Намуди миёнавазнин ва сабуки гемофилияи “А”	$X = M \times (L/P) \times 0,5$
Равиши вазнини гемофилияи “В”	$X = M \times L \times 1,2$
Намуди миёнавазнин ва сабуки гемофилияи “В”	$X = M \times (L/P) \times 1,2$

X – вояи яккаратаи омили гузаронидашаванда, (МЕ)-воҳиди байналмилалӣ.

M – массаи бемор, кг.

L – фоизи мақсаднокӣ омил дар бемор.

P – миқдори аввалаи омил дар бемор пеш аз гузаронидани мавод.

Натиҷаи санҷиш. Гемофилия бемории модарзодӣ буда, аз системаи лахташавии хун вобастагӣ дорад.

Системаи лахташавии хун, ин омехтаи мураккаби байниҷадигарии омилҳои гуногуни лахташавии хун мебошад. Дар зардоби хуни одами солим XIII намуд факторҳои системаи лахташавии хун дида мешавад, ҳангоми хунравӣ, барои манъ кардани он, ҳар як фактори номбурда роли муайянеро иҷро мекунад. Аз XIII намуд факторҳои номбурда, агар фактори VIII, IX ва XI-ум дар зардоби хун кам шавад сабаби пайдошавии бемории гемофилия мегардад.

Гемофилия се намуд дорад; «А», «В» ва «С». Гемофилия «А» бештар вомехӯрад - 85%, гемофилия «В» 10% ва гемофилияи «С» бошад - 5%-и беморонро ташкил медиҳад.

Айни замон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бештар аз 650 нафар беморони гирифтори гемофилияҳои намудашон ва равишашон гуногун тахти назорати духтурон қарор доранд, ки аз онҳо 259 нафарашонро наврасон то сини 18 сола ташкил медиҳад.

Факторҳо дар зардоби хуни одами солим аз 50-250 %-ро ташкил мекунанд, кам шуда-

ни фоизи ин факторҳо сабаби пайдошавии бемории гемофилия мешавад.

Аломатҳои гемофилия аз айёми хурдсолӣ, бештар дар 2-3 солагӣ дида мешавад, ҳангоме ки кӯдак роҳравиро ёд мегирад, баъди афтидан, дар ҷойҳои осеб гирифташуда, ҳангоми эмгузарони, баровардани дандон, буридани лабҳо ва милкҳои дандон бо бозичаҳои саҳт, баъди хатнасур кардан, хунрезӣ ва хунравии давомнок пайдо шуданаш мумкин. Пеш аз хатнасур гузаронидан аз тарафи беморон ягон шикоят набуд. Ранг пушт ва пардаҳои луоби тоза, муқарарӣ, аз тарафи узвҳои дохили шикоятҳо ҷой надошт. Дар таҳлили коагулясионӣ пастшавии миқдори фактори VIII мушоҳида шуд. То гузаронидани хатна беморон миқдори зарурии фактори VIII-ро гирифтанд, ду рӯз пеш аз хатнасур ва ду рӯз пас аз хатнасур вобаста ба вазни бадан:

Бади амалиёти хатнасур оризаҳо яъне хунравии давомнок дида нашуд.

Хулоса. Дар солҳои охир ба беморони гирифтори гемофилия баъди муайян ва дастрас шудани миқдори зарурии фактори VIII хатнасур иҷозат дода мешавад.

¹Ахмедова М.М., ¹Ахмеджанова М.Ш., ¹Икромов Т.Ш., ²Ахмедов К.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦВЕТНОГО ДОПЛЕРОВСКОГО СКАНИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Цель исследования. Изучение эффективности цветного доплеровского картирования (ЦДК) в диагностике узловых образований щитовидной железы у детей.

Материал и методы исследования. За период с 2019 по 2021 годы под наблюдением на базе ГУ РНКИЦПДХМЗиСЗН РТ находились 26 детей в возрасте от 10 до 18 лет, из них 16 девочек и 10 мальчиков с диагнозом «Диффузно-узловое увеличение щитовидной железы».

Всем детям было проведено ультразвуковое исследование с использованием цветного доплеровского картирования (ЦДК) аппаратом Toshiba Xario (Япония).

Результаты и их обсуждение. Ультразвуковая картина объемных образований щитовидной железы в В-режиме имеет определенные эхографические признаки. Аденома в большинстве случаев определяется как четко очерченный узел с наличием тонкой гиперэхогенной капсулы, окруженный анэхогенным ободком по периферии. Эхографическая картина многоузлового эутиреоидного коллоидного зоба в большей степени напоминает аденому с четкими контурами. Классическое описание рака щитовидной железы характеризуется следующими эхопризнаками: солидная эхоструктура образования с гиперэхогенными включениями; отсутствие анэхогенного ободка, гипоэхогенность очага; неровность, бугристость границ, нечеткость и размытость контуров; образование неправильной формы; наличие кальцинатов.

Полученные нами данные показали, что ультразвуковая картина многоузлового зоба и, особенно, аденом, отличалась большим разно-

образием эхогенности. Кроме того, было отмечено, что гипоэхогенные образования могут быть как доброкачественного, так и злокачественного характера, что затрудняет их дифференциальную диагностику в серошкальном режиме.

Для описания васкуляризации образований в своей работе мы использовали классификации Lagalla (1993) и М.М. Абулхалимовой (1994), согласно которым существуют четыре типа сосудистого рисунка при ЦДК. Тип I характеризуется отсутствием кровотока как в самом узле, так и вокруг него; тип II - перинодулярной васкуляризацией, т.е. когда регистрируется кровоток только вокруг узла; тип III - смешанной васкуляризацией вокруг и внутри узла; тип IV сосудистого рисунка - интранодулярный, т.е. когда регистрируются единичные или множественные цветовые сигналы в пределах узлового образования. Считается, если наличие III и IV типов васкуляризации узлового образования является косвенным признаком злокачественного процесса, типы I и II сосудистого рисунка при ЦДК не вызывают опасения злокачественного роста.

Заключение. Таким образом, ультразвуковая диагностика узловых образований щитовидной железы детского возраста с обязательным включением в обследование ЦДК расширяет возможности диагностики и дифференциальной диагностики этих образований.

УЗИ с использованием ЦДК является сканированием в режиме реального времени, которое отличается динамичностью исследования, низкой стоимостью и позволяет достаточно достоверно оценить васкуляризацию зоны интереса.

Ахмедова М.А., Ахмедов Ф.А., Джалолова З.А., Хасанова Г.А.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА НАРОДНЫМ СРЕДСТВОМ «МУМИЁ»

Кафедра эндокринологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии»

Цель исследования. Изучить эффективности народного средства Мумиё при лечении сахарного диабета 1 и 2 типов.

Материал и методы исследования. В течение 5 лет под нашим наблюдением находились 84 больных, 14 (16,6%) из них страдали сахарным диабетом 1 типа, 70 (83,4%) – 2 типа. Возраст больных колебался в пределах 20-60 лет.

При комплексном лечении патологии нами применялось мумиё, собранное на Памире, которое содержит в составе свинец, кобальт, марганец, железо, эфирные масла и минеральные вещества.

Смолистое вещество имеет несколько схем применения для диабетиков: 1) можно развести 18 г вещества в 0,5 л воды, принимать по 2 ч.л. трижды в день перед едой за 30 минут. Курс применения продолжать полторы недели. Затем увеличить дозировку до 3 ч.л. и принимать ещё полторы недели; 2) можно принимать раствор мумиё при сахарном диабете в случае сильной жажды в такой пропорции: развести 3,5 г в 0,5 л кипячённой жидкости. Пить 10 суток по 1 ст.л. После этого ещё 10 суток по 1,5 ст.л. и продолжать употреблять столько же

ещё 5 дней. По этой схеме употребления лекарство отлично помогает диабетикам 2 типа.

Результаты и их обсуждение. Мумиё стимулирует деятельность клеток Лангергансовых островков, при этом создаются условия и среда для восстановления их воздействия. У больных снижается жажда, уменьшается уровень глюкозы в крови и выделение мочи. Это обусловлено тем, что мумиё активизируют воздействие инсулина и ускоряют его усвоение тканями. Большинство больных под наблюдением эндокринолога сократили количество принимаемого инсулина, а двое из них вовсе отказались от него.

Заключение. Таким образом, применение мумиё как отдельно, так и комбинированно с противодиабетическими химическими препаратами приводит к положительным результатам лечения сахарного диабета 1 и 2 типов. При этом снижается уровень глюкозы в крови и моче, улучшаются или приближаются к норме показатели лабораторных и объективных обследований, в результате чего восстанавливается самочувствие, повышается трудоспособность и постепенно исчезают патологические симптомы.

Ахунова Н.Т., Холова З.У., Холов С.С., Асрори Мухтор

СУСТАВНОЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить клинические особенности суставного синдрома при ряде ревматических заболеваний (РЗ) как воспалительного, так и невоспалительного характера и сравнить качество жизни больных с РЗ, получивших стационарное и амбулаторное лечение.

Материал и методы исследования. Обследовано 100 больных с различными ревматическими заболеваниями, получивших лечение в отделении ревматологии НМЦРТ «Шифобахш» в период 2018-2020 гг. (1 группа), и 120 больных с различными РЗ, находившихся под амбулаторным наблюдением в ревматологическом кабинете (II группа), у которых ведущим клиническим признаком был суставной синдром. Из общей исследуемой 1-группы (n=100) больных с ревматоидным артритом (РА) было 40, реактивным артритом (РеА) – 20, подагрой

(П) – 10, остеоартрозом (ОА) – 30. Вышеуказанные РЗ наиболее часто встречаются среди большой группы болезней ревматического генеза как воспалительного (РА+РеА), так и невоспалительного (П+ОА). Критериями включения пациентов в исследование был достоверный диагноз РЗ, верифицированный в соответствии с критериями АСР и др., одобренные ВОЗ (2000).

Во 2 группе (n=120) больных, находившихся под амбулаторным наблюдением, с РА было 42, с РеА – 25, с ОА – 45, с П – 8 человек.

Для оценки выраженности суставного синдрома всем наблюдавшимся больным подсчитывались число болезненных суставов (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС) по 28 суставам. Выраженность болей в суставах и оценка общего состояния определялись по визуальной аналоговой шкале (ВАШ),

продолжительность утренней скованности оценивалась в минутах.

Результаты и их обсуждение. Больные с РА представлены в основном женщинами (74,4%), средний возраст 38,4 лет. Средняя длительность болезни составила $6,7 \pm 1,2$ лет, преобладали больные с I и II степенями активности. У большинства пациентов с РА (22) 55% - из сопутствующих заболеваний отмечался хронический пиелонефрит, у 10 (25%) - гастродуоденит. В подгруппе больных с РеА преобладали мужчины (72%), средний возраст 27,3, средняя длительность болезни составляет 1,8 лет. Больные с метаболическими артритами представлены: подагрой (n=10) и остеоартрозом (n=30). В подгруппе больных с ОА преобладали женщины (76,6%), средний возраст 58,1 лет с длительностью болезни 4,8 лет. Этой группе больных часто сопутствовали артериальная гипертензия (АГ) - у 12, ожирение - 10, сахарный диабет - 4 и ИБС - у 4 больных. В подгруппе больных подагрой преобладали мужчины (90%), что подтверждает факт частого поражения мужского пола, со средним возрастом 56,4 лет. В этой подгруппе сопутствовали: АГ - у 6, сахарный диабет - у 1, ожирение - у 2 и ИБС - у 1 больного.

У больных 2 группы, т.е. находившихся под амбулаторным наблюдением ревматологов, особенно среди больных с РА и ОА, имелаась большая длительность пребывания на инвалидности, более высокие средние показатели количества пораженных суставов, сопутствующих заболеваний, лекарственных препаратов, приходившихся на 1 больного. Тем не менее, у больных отмечался более низкий средний показатель КЖ по МСА $15,48 \pm 0,37$ против $13,18 \pm 0,64$ ($p < 0,01$).

Для пациентов I подгруппы (РА) чаще всего характерно постепенное начало - в 72% с полиартикулярным поражением мелких суставов кистей рук, лучезапястных и коленных суставов. Реже поражались плечевые и I плюснефаланговые суставы. Боли в суставах не зависят от движения и усиливаются в покое. Длительность суставной атаки 14 дней. Почти у всех больных отмечается утренняя скованность, в среднем до 3-х часов от момента пробуждения. На стандартную НПВП-терапию отвечает средне - 70% и при высокой активности с длительностью более 3-х лет ответ низкий - 30%. Для больных с РеА в большинстве случаев - 84% - начало острое, с поражением одного (моноартрит) и 2-3 суставов (олигоартрит). Характерной локализацией были голеностопные, коленные и суставы стоп. Длительность суставной атаки

в большинстве 7-14 дней с ноющим характером боли. Утренняя скованность встречается редко - 16% - с продолжительностью 10-20 минут. На терапию НПВП отвечает быстро и средне (92%). При изучении суставного синдрома у больных ОА чаще наблюдалось медленное начало по типу моноартрита, усиливающегося при нагрузке. Излюбленная локализация - чаще коленные, тазобедренные и мелкие суставы рук, реже - голеностопные и лучезапястные.

Длительность суставной атаки в среднем 3-4 недели. Свойственно медленно прогрессирующее течение, за исключением случаев синовита. Утренняя скованность встречается редко, в основном до 30 минут. Ответ на терапию НПВП чаще средний и слабый.

В подгруппе больных с подагрой суставная атака острая с преобладанием моно- и полиартрита. Длительность суставной атаки 5-7 дней. Дебютирует в 75% случаев с I плюснофалангового сустава, но может протекать по типу олиго- и полиартрита, суставом исключения является височно-нижнечелюстной и позвоночник. Чаще наблюдается острая и жгучая боль. Утренняя скованность почти не характерна. Положительный ответ на терапию НПВП в большинстве случаев быстрый и средний.

РА чаще имеет подострое начало, сопровождаются утренней скованностью, упорным болевым синдромом и свойственным для него излюбленной локализацией. Существуют суставы исключения: для РА дистальные межфаланговые и пястно-фаланговый сустав большого пальца руки, для подагры височно-нижнечелюстной и позвоночник, на терапию НПВП дает средне- положительный эффект.

РеА имеет чаще острое начало, по типу асимметричного олигоартрита, моноартрита с утренней скованностью, продолжающейся до 30 минут, на терапию НПВП дает быстрый эффект.

Дегенеративные артропатии (ОА) имеют медленно прогрессирующее течение, поражают старший и пожилой возраст, редко сопровождаются утренней скованностью до 30 минут, поражают суставы, на которые приходится основная нагрузка, на терапию НПВП дают средний и низкий эффект.

Заключение. Таким образом, клиника большинства РЗ сопровождается суставным синдромом. Каждая отдельная нозология имеет свои особенности поражения суставов как по характеру боли, её длительности, дебюта, так и по локализации и количеству вовлеченных в процесс суставов.

Все вышеизложенное раскрывает многообразие суставного синдрома при РЗ и диктует необходимость проведения ранней дифференциальной диагностики

с целью подбора базисной терапии, профилактики функциональных нарушений суставов и ранней инвалидизации среди больных с РЗ.

Бобоев М.В., Бахроми М.Т.

АНАЛИЗ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ И УМЕНЬШЕНИЯ ДИЛАТАЦИИ КАМЕР СЕРДЦА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить выявляемость желудочковых экстрасистол (ЖЭ) у больных с ХСН и провести анализ восстановления гемодинамических нарушений после снижения градации желудочковых экстрасистол по Лауну-Вольфу-Райяну и уменьшения дилатации камер сердца.

Материал и методы исследований. Проведен ретроспективный анализ 38 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в условиях РКЦК, 21 из которых женщины (55,3%) и 17 мужчин (44,7%), с ХСН II-IIIФК (по классификации NYHA) и градаций ЖЭ по Лауну-Вольфу-Райяну от II до IVa, обусловленных артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и постинфарктным кардиосклерозом. Средний возраст больных составил $64,07 \pm 7,39$ года.

Пациенты получали оптимальную базисную терапию бета-адреноблокаторами, антагонистами кальция, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, диуретиками и антиаритмическим препаратом III класса – амиодороном.

Всем больным проводилась ЭКГ, Эхо-КГ исследования и Холтеровское мониторирование.

Результаты и их обсуждение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее распространенных причин заболеваемости, инвалидизации и смертности как в большинстве стран мира, так и в Республике Таджикистан. В развитии и, особенно, прогрессировании ХСН хорошо известна провоцирующая роль различных разновидностей аритмий. Актуальной проблемой остаётся выявление

больных с ХСН, имеющих нарушения ритма, повышение качества их жизни и улучшение прогноза выживаемости. ХСН с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) ещё более усугубляет прогноз выживаемости больных и риск внезапной смерти при переходе на желудочковую тахикардию (ЖТ). Методы инструментальной диагностики (ЭКГ, Эхо-КГ и Холтеровское мониторирование) нарушений ритма у больных ХСН являются показателем определения прогноза и риска развития преждевременной смерти больных, обусловленной ХСН.

По данным ЭКГ исследования, после снижения градация ЖЭ по Лауну-Вольфу-Райяну значительно уменьшилась систолическая и диастолическая перегрузка желудочков сердца на 60,72%. При Холтеровском мониторировании до лечения: II градация ЖЭ была выявлена у 65,7% пациентов, III градация - у 21,1% и IVa градация ЖЭ - у 13,2%, I градация ЖЭ не была выявлена. После проведения базисной терапии при повторном Холтеровском мониторировании значительно снизилась градация ЖЭ, так у 23,7% пациентов появилась I градация, у 60,5% - II градация и у 15,8% - III градация, а IVa градация ЖЭ по Лауну-Вольфу-Райяну полностью нивелировалась. При Эхо-КГ после лечения было выявлено: уменьшение КДО ЛЖ с $145,1 \pm 15,9$ до $131,9 \pm 12,3$, что составило - 9,1%; КСО ЛЖ с $60,4 \pm 7,5$ до $55,8 \pm 5,2$ - 7,62%; КДР ЛЖ с $5,7 \pm 0,8$ до $5,3 \pm 0,6$ - 7,02%; КСР ЛЖ с $3,9 \pm 0,8$ до $3,6 \pm 0,5$ - 6,7%; ФВ с 41,7% повысилась до 45,3%, что составило в среднем 8,3%; размеры МЖП уменьшились с $1,2 \pm 0,16$ до $1,18 \pm 0,12$ - 3,33%; ПЖ - с $2,63 \pm 0,86$ до $2,45 \pm 0,64$ - 7,7%.

Заключение. Таким образом, полученные результаты исследования на фоне оптимальной базисной терапии в сочетании с амиодароном показывают снижение градации ЖЭ по Лауну-Вольфу-Райяну, улучшение гемодинамиче-

ских показателей, увеличение сократительной способности миокарда и уменьшение дилатаций камер сердца, что положительно влияет на клиническое и прогностическое состояние больных с ХСН различного генеза.

Байбабаев А.А.

О ВЛИЯНИИ СИТУАЦИИ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19 НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Кафедра психиатрии и наркологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений панических расстройств в период пандемии COVID-19 и после неё.

Материал и методы исследования. Проведено клинико-динамическое исследование 80 больных с невротическими расстройствами, пролеченных в дневном стационаре Республиканского клинического центра психиатрии в 2020-2021 годах.

Результаты и их обсуждение. В группе тревожно-фобических расстройств паническое расстройство занимает особое место из-за высокой частоты наблюдения среди населения любых возрастных категорий.

Паническое расстройство - это синдром, который включает себя психо-эмоциональные (тревога, страх, беспокойство, приступы паники) и соматические симптомы (сердцебиение, диспноэ - ощущение нехватки воздуха, головокружение, головные боли, общая слабость, повышенная утомляемость, чувство першения в горле, боли в грудной клетке). Пациенты фиксируются в основном на соматических ощущениях, не всегда дифференцируя эмоциональные переживания, а страх и тревогу воспринимают как следствие реакции на соматические симптомы. Число лиц с паническими расстройствами в последние десятилетия значительно увеличилось, особенно в последние два года, этому росту способствовала ситуация с пандемией COVID-19.

По клиническому проявлению обследованные больные были разделены на 3 группы: первую составили 66 больных с тревожно-фобическими (включая обсессивно-компульсивные) расстройствами, вторую - 4 больных с истерическими расстройствами и третью - 10 больных с неврастенией.

Из числа 66 больных с тревожно-фобическими расстройствами в соответствии с МКБ-10 психопатологические проявления расстройств тревожного ряда включали следующие симптомокомплексы: паническое расстройство с агорафобией (32 больных), паническое расстройство без агорафобии (11 больных), ипохондрические фобии (9 больных), обсессивно-компульсивное расстройство (14 больных).

Анализ динамики тревожно-фобических расстройств позволил выделить следующие варианты: пароксизмальный (фобические пароксизмы длительностью от нескольких минут до нескольких часов), рецидивирующий (повторные приступы фобий продолжительностью от нескольких недель до полугода), непрерывно-приступообразный (длительное существование фобий с периодическими приступообразными обострениями симптоматики), непрерывно-поступательный (наличие длительного расстройства с постепенным усложнением симптоматики).

Среди психопатологических проявлений тревожно-фобических расстройств наибольшие коморбидные связи обнаружены при наличии панических атак, агорафобии и ипохондрической фобии. Панические атаки проявлялись неожиданно возникающим и быстро, в течение нескольких минут, нарастающим симптомокомплексом вегетативных расстройств (сердцебиение, стеснение в груди, ощущение удушья, нехватки воздуха, потливость, головокружение), сочетающихся с ощущением надвигающейся смерти, страхом.

Агорафобия у обследованных пациентов вопреки первоначальному смыслу термина включало не только страх открытых про-

странств, но и целый ряд сходных фобий (клаустрофобия, фобия транспорта, толпы и др.).

В качестве типичных ситуаций, провоцирующих возникновение агорафобий, служили поездки в общественном транспорте, пребывание в торговых центрах, среди большого скопления людей и т.п.

Участились и ипохондрические фобии (нозофобии) — навязчивый страх тяжелого заболевания легких. Наряду с часто наблюдающимися кардио- и канцерофобиями, участились фобии пневмонии и коронавирусной инфекции. На высоте тревоги больные иногда, утратив критическое отношение к своему состоянию, неоднократно обращались к врачам соответствующего профиля, к различным религиозным обрядам, даже занимались самолечением традиционными способами.

При наличии ипохондрической сенсibilизации поводом для обострения страхов и тревожных опасений являлись даже незначительные отклонения в деятельности организма - вегетативные, алгические и

конверсионные проявления, которые в обычных условиях прошли бы незамеченными. Актуализация ипохондрических фобий происходила как в связи с психогенными (ятрогения) и соматогенными провокациями, так и спонтанно и, как правило, сопровождалась частыми посещениями врачей и возобновлением приема лекарств.

Заключение. Таким образом, ситуация, связанная с пандемией COVID-19, обусловила патоморфоз тревожно-фобических расстройств в виде утяжеления клинических симптомов, усиления проявлений и частоты появления панических атак, преобладание соматической тревоги с доминированием симптоматики со стороны дыхательной системы с витальным страхом, трансформацией поведения пациентов в виде усиления мер по предотвращению появления страха путем смены работы (вплоть до увольнения), частым посещением медицинских учреждений, необоснованным приемом антивирусных препаратов, учащением обращения к различным обрядам.

¹Гадоев С.Х., ¹Ахунова Н.Т., ¹Холова З.У., ²Бобиева Н.Х.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕНАЛЬНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

¹Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

²Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата «Мерисом» при лечении ренальной анемии у больных с сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. Произведён ретроспективный анализ историй болезней 68 больных в возрасте от 50 до 80 лет с сахарным диабетом, осложнённым хронической болезнью почек терминальной стадии, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Больные распределены на две группы. В первую группу 32 (47,1%) вошли больные, которые для лечения ренальной анемии получали монотерапию препаратом «Эпокрин» в дозе 4 000 ЕД №3, а 36 (52,9%) больных второй группы получали сочетанное лечение - к патогенетической терапии ренальной анемии подключён препарат «Мерисом» в дозе 10 мл

на физиологическом растворе внутривенно капельно №5.

Всем больным проводились общеклинические обследования: определение общего анализа крови и мочи, анализов мочи методами Зимницкого и Реберга-Тареева, уровня мочевины, креатинина, общего белка и белковых фракций, глюкозы и электролитов крови. Инструментальные обследования включали ультразвуковое исследование почек, ЭКГ, ЭхоКГ, а также рентгенографию грудной клетки. Все больные осмотрены кардиологом и эндокринологами центра.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что у 25 (78,1%) больных в первой группе, получавшую монотерапию, наблюдалась повышение уровня эритроцитов и гемоглобина крови, а во второй группе положительный лабораторный результат наблюдался у 33

(91,6%) пациентов. У 7 (21,9%) пациентов первой группы сохранялась лёгкая степень анемии, во второй группе ренальная анемия без значимых изменений наблюдается у 3 (8,4%) больных. Анализ динамики клинической картины показал, что наряду с лабораторными улучшениями у больных наблюдалась физическая активность, нормализация сна и аппетита, улучшение самочувствия, а также уменьшался кожный зуд и, в целом, состояние кожного покрова. В первой группе улучшения отмечаются на 10 сутки, во второй группе положительный эффект наблюдался уже на 5-7 сутки лечения. К положительным результатам лечения относится также снижения уров-

ней мочевины и креатинина крови в обеих сравнительных группах.

Применение в комбинированной терапии препаратов рекомбинантного эритропоэтина с мерисомом при лечении ренальной анемии у больных с сахарным диабетом эффективно и экономически доступно, что приводит к улучшению качества жизни данной категории больных.

Заключение. Применение в комбинированной терапии препаратов рекомбинантного эритропоэтина с мерисомом при лечении ренальной анемии у больных с сахарным диабетом эффективно и экономически доступно, что приводит к улучшению качества жизни данной категории больных.

¹Гадоев С.Х., ¹Рашидов И.М., ¹Паноева М.С., ²Бобиева Н.Х.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

¹Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

²Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить и оценить эффективность применения антибиотика и уросептика при лечении обострённого хронического пиелонефрита.

Материал и метод исследования. Для исследовательской работы были выбраны две группы по 28 больных с хроническим пиелонефритом, в стадии обострения. Основная группа принимала препарат кларуктам (цефотаксим+[сульбактам]) в сочетании с уросептиком фурамаг в дозе 150 мг, а контрольная группа, которая получала антибиотики по чувствительности мочи, также в сочетании с фурамагом. Возрастной период от 16 до 55 лет, средний возраст составил 33 года.

Всем проводились общеклинические методы исследования нефрологических больных. Из плана обследования учитывались анализы жалоб пациентов, данные сбора анамнезов, общий анализ мочи, а также «золотой» стандарт диагностики инфекции мочевых путей – культуральное, микробиологическое исследование мочи с выделением возбудителя и оценкой степени бактериурии. Основная группа принимала кларуктам в дозе 10 г на стационарный курс лечения.

Результаты и их обсуждение. Проведённое исследование структуры уропатогенов

показало, что ведущими возбудителями внебольничных инфекций мочевых путей являлись *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae*, которые были представлены полирезистентными штаммами, т.е. антибиотикорезистентной микрофлорой.

Исследование показало, что у 24 (92,9%) больных основной группы лечение дало положительный эффект, т.е. клинко-лабораторное улучшение, а в контрольной группе - у 22 больных (78,6%). Клиническое обследование пациентов, при котором выявлены наиболее частые клиническими симптомы, такие как тупые боли в поясничной области и признаки интоксикации - у 25 (89,3%) больных, учащённое и болезненное мочеиспускание - у 19 (67,9%) больных, а также лейкоцитурия у 28 (100%), как ответ уротелия на бактериальную инвазию, послужило важным диагностическим критерием рецидивирующих инфекций чашечно-лоханочной системы почек.

Заключение. Выявление и анализ антибиотикорезистентности микрофлоры показал, что уровень устойчивости возбудителей к наиболее применяемым в лечении антибактериальным препаратам очень высока, поэтому применение кларуктама в таких случаях весьма актуально и эффективно.

Джураев М.Н., Камолова Ч., Тавакалов М.М.

АСТМАТИЧЕСКИЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ С ПРЕМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ "ИПОВСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить причину астматического бронхита у детей с преморбидными заболеваниями.

Материал и методы исследования. Изучен анамнез и лабораторные данные 68 детей, страдающих неинфекционным астматическим бронхитом, обратившихся в Центр аллергологии и иммунологии за период 2020 – 2021 гг. Возраст детей был от 1 года до 14 лет. Из них было 32 мальчика (46,2%) и 36 (55,8%) девочек. Начало заболевания в возрасте от 1 года до 3 лет отмечено у 9 детей (13,2%) от 3 до 7 лет – у 18 детей (26,4%), от 7 до 11 лет – у 28 (39,7%), от 11 до 14 лет – у 23 (33,6%) детей. Городских было 45 (66,2%) детей, из районов – 23 (33,8%).

Результаты и их обсуждение. ВВ группе от года до 3 лет из преморбидных состояний часто отмечался рахит разной степени тяжести, гипотрофия, аллергический диатез и обструктивный бронхит, в группах детей более старшего возраста отмечались частые простудные заболевания с хроническим обструктивным бронхитом (72,4%), заболевания ЛОР-органов (66,7%), патология вилочковой железы (30,9%), аллергические проявления различной эти-

ологии (41,8%), различная патология ЖКТ в подростковой группе. У 16 детей (23,5%) детей был диагностирован пиелонефрит латентного течения и 1 (1,4%) ребёнок имел врожденную патологию сердца. Более чем у половины детей родители отмечают начало болезни до 3 лет.

Наиболее часто причиной развития астматического бронхита являлась сенсibilизация к аллергенам домашней пыли и пищевым продуктам, она была выявлена у 36 (55,8%) детей. Гиперчувствительность к эпидермальным, пылевым и бактериальным аллергенам была диагностирована соответственно у 12 (17,6%) и 29 (42,6%) детей. У 64% детей с астматическим бронхитом имела место поливалентная сенсibilизация.

Заключение. Развитие астматического бронхита на фоне преморбидных заболеваний у наблюдавшихся нами детей чаще всего было связано с формированием гиперчувствительности к неинфекционным аллергенам после неоднократно перенесенных простудных заболеваний, патологии вилочковой железы. В большинстве случаев имела место поливалентная сенсibilизация.

Изатов Х.Н., Абдурахманова Р.Ф., Файзуллоев А.Х.,
Шарифова Б.А., Хокиров Д.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА МЕТОДОМ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Кафедра неврологии и медицинской генетики ГОУ "ИПОВСЗ РТ"

Цель исследования. Определить курсы и оптимальные сроки лечения больных с нейропатиями лицевого нерва различной степени тяжести.

Материал и методы исследования. Обследование и лечение пациентов проводилось на базе кафедры неврологии и медицинской генетики в Городском ме-

дицинском центре №1 им. А. Каримова. Дальнейшая реабилитация проводилась в условиях городских центров здоровья г. Душанбе по месту жительства пациентов с 2016 по 2020 гг. В исследовании принимали участие 116 пациентов. Диагноз «Нейропатия лицевого нерва» выставлялся при наличии характерных жалоб, анамнеза,

данных объективного осмотра и обследования. Длительность заболевания составляла от 4,6 до 42,6 дней.

В соответствии со степенью дисфункции лицевого нерва были выделены три группы: I группа обследованных состояла из 70 (60,3%)

пациентов, II группа – из 37 (31,9%), III группа – из 9 (7,8%).

Для выявления степени дисфункции лицевого нерва использовалась шкала House-Brackmann (1985). Распределение группы по шкале представлено в табл. 1.

Таблица 1

Точка	Назначение	Группа
1	Норма	I группа
2	Легкая дисфункция	
3	Умеренная дисфункция	
4	Средне-тяжелая дисфункция	II группа
5	Тяжелая дисфункция	III группа
6	Полный паралич	

Распределение мужчин и женщин по группам составляло, соответственно: в I группе - 28 и 42; во II группе - 16 и 21; в III группе - 4 и 5. Возраст больных был сопоставим по всем группам: $38 \pm 6,4$ лет (I группа), $36 \pm 7,2$ лет (II группа), $36 \pm 6,6$ лет (III группа).

Диагностика пациентов включала сбор анамнеза, анализ лица в статическом положении, мимические пробы, оценку рефлексов, степени асимметрии.

Проводились инструментальные методы - ЭНМГ (электронейромиография) и избирательно МРТ головного мозга определенным группам больных.

Рефлексотерапия назначалась на фоне базовой медикаментозной терапии, включающей: глюкокортикоиды, НПВС, сосудорасширяющие препараты, витамины группы В.

Рефлексотерапия нами использовалась по следующей схеме: каждый курс составлял по семь процедур, проводившихся ежедневно, 2-й курс - через 5-7 дней после прохождения первого, 3-й - через 10-14 дней, 4-й - через 21-30 дней, последующие курсы при необходимости повторяли через 45-60 дней.

Для рефлексотерапии были использованы периферические точки акупунктуры, находящиеся на руках и ногах, и местные точки на лице. Время экспозиции иглы составляло 20-25 минут на дистальных точках. Точки использовали на лице по возбуждающей методике от 1 до 5 минут, время воздействия увеличивали при каждом последующем курсе. Точки акупунктуры при лечении нейропатий лицевого нерва представлены в таблице 2.

Таблица 2

Точки акупунктуры при лечении нейропатий лицевого нерва

Дистальные точки	Точка выхода лицевого нерва	Местные точки
Время воздействия 20-25 мин	Время воздействия 20-25 мин	Время воздействия 1-5 мин
P7, E36, G111, G14, E40, RP6	TR 17 При болях в области сосцевидного отростка	V1, VB 14, VB 1, E1 - E7, TR 21, G11 9-20, IG 18-19, VB 2, PNI 1,2,3

Результаты и их обсуждение. Клиническое обследование I группы показало, что у 48 пациентов была установлена легкая дисфункция лицевого нерва, при которой обнаруживались едва заметные синкинезии и легкая асимметрия рта при улыбке. Умеренная дисфункция у 22 пациентов ха-

рактеризовалось выраженной асимметрией и заметными синкинезиями, отмечалось умеренная асимметрия рта при улыбке. Двигательные функции мышц с зажмуриванием глаза, подниманием брови и наморщиванием лба сохранялись, но с меньшей силой, чем на здоровой стороне. Рот едва заметно

перетягивался на здоровую сторону. Больной мог надуть щеку, но с меньшей силой, чем со здоровой противоположной стороны. У 37 пациентов II группы были выявлены признаки выраженной асимметрии лица и рта в покое, обнаружены выраженные синкинезии и спазмы, что соответствовало средней степени дисфункции. Больные жаловались на умеренные боли в области уха, снижение функции слезоотделения, расстройства вкуса и слюноотделения. Надувание щеки с пораженной стороны было слабым; пациенты не могли свистеть. Попытка закрыть глаз приводила к неполному закрытию, при этом видна была полоска склеры в 1-2 мм, сморщивание лба и нахмуривание брови было незначительным. В III группе у 6 обследованных была отмечена выраженная дисфункция, при этом отмечались слабые движения угла рта, пациенты не могли закрыть глаз, в целом движение на пораженной стороне были едва заметны. У 3 пациентов была диагностирована тотальная дисфункция с полным отсутствием движений и снижением мышечного тонуса. Уменьшение слезоотделения у больных сопровождалось появлением ксерофтальмии, высказывались жалобы на отсутствие вкуса и слюноотделения. Попытка надуть щеки

была слабой, свистеть пациенты не могли, глаз закрывался не полностью, была видна полоска склеры в 3-5 мм. Сморщивание лба было едва заметным. Наблюдались незначительные движения при попытке нахмурить брови. Анализ результатов лечения показал, что введение в схему лечения двух курсов рефлексотерапии в группе I привело к выздоровлению у 92,6% пациентов с полным восстановлением функции лицевого нерва. Во II группе 64,3% пациентов была проведена рефлексотерапии в течение двух курсов и у 27,2% - трех. В III группе менее трети пациентов (27,3%) положительно ответили на два курса рефлексотерапии, 48,1% - на три и 3,9% - на четыре курса и более. Следует указать, что полное выздоровление не наступило у 7,4% пациентов в I группе, у 8,5% - во II группе и у 20,7% - в III группе.

Заключение. Иглоукалывание является важной частью комплексного лечения нейропатий лицевого нерва. Предложенная схема лечения даёт возможность оптимизировать реабилитацию нейропатий лицевого нерва, а раннее применение акупунктуры (в течение 1-30 дней) показало наилучшие результаты в виде восстановления двигательного дефицита мимической мускулатуры.

Касымов О.И., Салимов Б.М., Шукурова М.А., Салимов А.М.

ЗИНДИГИ ПРИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ "ИПОВСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить эффективность цинка в комплексном лечении детей, больных очаговой алопецией.

Результаты и их обсуждение. На диспансерном учете в ГЦКВД за период с 2019 по 2021 годы находились 40 больных детей с очаговой алопецией, из них мальчиков было 26 (65%), девочек – 14 (35%), соотношение 1,8:1. Возраст больных колебался от 4 до 14 лет. 12 больных были в возрасте от 4 до 9 лет, 28 – от 10 до 14 лет. Средний возраст больных составил $10,2 \pm 0,5$ лет. 14 больных страдали очаговой алопецией от 2 недель до 1 месяца, 17 – от 1 до 3 месяцев, 9 – больше 3 месяцев. Длительность заболевания в среднем составила $2,7 \pm 0,3$ месяца.

Сопутствующие заболевания выявлены 27 (67%) больных: у 18 (45%) мальчиков и у 9 (22,5%) девочек. В структуре сопутствующих

заболеваний преобладали болезни желудочно-кишечного тракта. Ими страдали 14 (35%) мальчиков и 8 (20%) девочек. Данное обстоятельство может свидетельствовать о возможном влиянии нарушений функционального состояния пищеварительного тракта и кожи на развитие патологических изменений волос и их выпадение. На втором месте по частоте встречаемости были болезни кожи, среди которых выявлены алергодерматозы - у 6 (15%) мальчиков и 3 (7,5%) девочек и витилиго - соответственно у 2 (5%) и 1 (1%).

У обследованных детей наблюдались разные клинические формы очаговой алопеции: у 32 (80%) больных - локальная (ограниченная) форма гнездовой алопеции, у 2 (5%) – субтотальная, у 4 (10%) – офиазис очаги алопеции имеют лентовидную форму, у 1 (2,5%) – инверсный офиазис, у 1 (2,5%) -

диффузная форма гнездной алопеции

При локальной (ограниченной) форме гнездной алопеции на волосистой части головы определялись один или несколько чётко очерченных округлых очагов алопеции. При субтотальной форме гнездной алопеции на коже волосистой части головы отсутствовало более чем 40% волос. При описанной форме очаги алопеции имели лентовидную форму, охватывающие всю краевую зону роста волос в затылочной и височных областях. При инверсном описании (sisapho) очаги алопеции лентовидной формы распространялись на лобно-теменную и височную области. Диффузная форма гнездной алопеции характеризовалась частичным поредением волос на волосистой части головы.

В зависимости от примененного метода лечения больные были разделены на 2 группы. Первая группа (18 человек) получила традиционное лечение (общеукрепляющее, иммуностимулирующее и местное лечение). Во второй группе (22 больных) дополнительно был назначен цинк в лекарственной форме (Зиндиги). Цинк отвечает за регуляцию деления клеток волосяного фолликула, работу сальных желез, обеспечивает регенерацию кожи, стимулирует синтез коллагена и кератина – основного белка стержня волос, оказывает противовоспалительное, антиоксидантное действие.

Детям от 4 до 6 лет зиндиги назначался в виде сиропа по 1 чайной ложке в 2 раза день, во время еды, в течение 2 месяцев, детям от 7 до 14 лет - по 1 таб. 3 раза в день во время или после еды, 2 месяца. Всем больным, имевшим сопутствующие заболевания, по консультации соответствующих специалистов проводилась корректирующая терапия.

Критерием оценки терапевтической эффективности лечения было восстановление волосяного покрова, которое начиналось с роста тонких обесцвеченных (пушковых) волос, преимущественно с центра очагов

облысения. В дальнейшем зона роста расширялась, волосы становились более толстыми и, постепенно накапливая пигмент, обретали первоначальный вид. При потягивании за концы они не выпадали, что свидетельствовало об их прочности.

Результаты и их обсуждение. Через 4-6 месяцев от начала лечения в первой группе у 18 (45%) человек, получивших традиционное лечение, отмечалась незначительная положительная динамика. Из 8 больных с локальной (ограниченной) формой гнездной алопеции у 4 наблюдалось клиническое выздоровление (полное восстановление волос в очагах алопеции на волосистой части головы), у 2 – значительное улучшение (восстановление волосяного покрова более 75% площади очагов облысения большим количеством пигментированных, депигментированных и пушковых волос, исчезновение зоны «расщепленных» волос, отсутствие новых очагов облысения), у 2 – улучшение (восстановление 50-74% площади очагов алопеции за счет роста пигментированных, депигментированных и пушковых волос). Во второй группе положительные результаты достигнуты у 22 больных: с локальной (ограниченной) формой гнездной алопеции - у 13 (59%) – клиническое выздоровление, у 5 (22,7%) – значительное улучшение, у 4 (18,1%) - улучшение. Среди больных с распространенной алопецией положительные результаты (значительное улучшение) отмечены только у 1 (10%) больного, удовлетворительные – у 2 (20%), неудовлетворительные – у 7 (70%).

Следует отметить, что зиндиги не оказали гепатотоксического действия ни одному больному.

Заключение. Таким образом, исследование показали хорошую эффективность комплексного лечения (традиционное + зиндиги) больных очаговой алопецией детей, по сравнению с контрольной группы, получивших лишь традиционное лечение.

¹Касимова С.Д., ²Рахмонов В.Д.

ГЛИКОЗИЛИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН КАК ПОКАЗАТЕЛЬ АДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 И 2 ТИПОВ

¹Кафедра эндокринологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

²Республиканский клинический центр эндокринологии

Цель исследования. Оценить уровень контроля гликемии и адекватности проводимой терапии у больных сахарным диабетом 1 и 2-го типов (СД-1 и СД-2).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в Республиканском клиническом центре эндокринологии. Под наблюдением находились пациенты, состоящие на учёте в центре, а также пациенты, пришедшие на плановый осмотр эндокринолога. Нами обследовано 74 пациента с СД-1 и 148 с СД-2.

Уровень гликемического контроля оценивался по HbA1c, который исследовали в день обращения к врачу. Адекватным контролем гликемии считали уровень HbA1c менее 7%. Приемлемым уровнем контроля гликемии с учётом осложнений диабета считали HbA1c 7-8%, неудовлетворительным уровнем контроля HbA1c - более 8,5%.

Результаты и их обсуждение. Проведённое исследование показало, что 19 (25%) пациентов СД-1 и 53 (35,8%) пациента СД-2 типа к моменту обращения не исследовали до настоящего времени этот показатель. Средний уровень HbA1c при СД1 был высоким и составил в среднем $9,1 \pm 0,14\%$. При СД2 уровень HbA1c также отражал неадекватный контроль гликемии. В среднем уровень HbA1c при этом типе диабета составил $8,6 \pm 0,42\%$. Достигших целей лечения, то есть адекватного контроля гликемии (менее 7%), оказалось 14 (18,9%) пациентов с СД 1 и 41 (27,7%) пациент с СД2 типа.

В амбулаторных картах пациентов СД 1 типа и СД 2 типа были данные об измерении артериального давления, контроль липидного спектра оценивался лишь у 38,7% пациентов. Тест на микроальбуминурию для выявления ранних стадий хронической

болезни почек проводился только у пациентов с СД 1 типа. Более 50% больных СД 1 типа с неудовлетворительным контролем имели высокий уровень микроальбуминурии. Программа самоконтроля диабета как при СД 1 типа, так и СД 2 типа была неудовлетворительной, так как почти 28% пациентов контролировали уровень гликемии только натощак и только 93 (42%) пациентов исследовали гликемию натощак и после еды. Пациенты с СД 1 типа получали генно-инженерный человеческий инсулин в режиме "базис-болюсной" терапии. Однако расчётами дозы инсулина согласно потребляемым "хлебным единицам" владели лишь 42 (56,7%) пациента.

Пациенты с СД 2 типа 130 (87,9%) получали комбинированные таблетированные препараты, остальные 18 (12,1%) находились на комбинированной терапии, включающей таблетированные сахароснижающие препараты и инсулины длительного действия.

Заключение. Проведенное исследование показало, что большинство пациентов имело неудовлетворительный контроль диабета, о чём свидетельствовал неадекватный уровень гликозилированного гемоглобина. Необходимо отметить, что большей частью врачи не давали необходимых рекомендаций пациентам о важности исследования HbA1c, как нужного показателя контроля гликемии. К недоработкам врачей относятся также и малоэффективное обучение пациентов методам самоконтроля в «Школах диабета».

В связи с вышеизложенным следует активнее внедрять современные методы контроля диабета, что позволит улучшить прогноз в плане предупреждения хронических сосудистых осложнений сахарного диабета.

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

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗНОГО МЕНИНГИТА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЁЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"
ГУ «Республиканский центр защиты населения от туберкулёза»
ГУ «Национальный центр туберкулёза, заболеваний легких и торакальной хирургии»

Цель исследования. Изучить клинические проявления туберкулёзного менингита (ТМ) на фоне ВИЧ-инфекции и туберкулёза множественно лекарственно устойчивых форм на госпитальном этапе и разработать стратегии по раннему выявлению и снижению данной патологии.

Материал и методы исследования. Проанализированы истории болезни 117 больных туберкулёзным менингитом, находившихся на стационарном лечении в Национальном центре туберкулёза, заболеваний легких и торакальной хирургии за период 2014-2018 гг. До поступления в противотуберкулезной стационар 31 больной был госпитализирован в другие стационары нетуберкулёзного профиля, при подозрении на туберкулёзный менингит были переведены в Национальный центр туберкулёза, заболеваний легких и торакальной хирургии.

Результаты и их обсуждение. В последние годы в клинических проявлениях туберкулёзного менингита (ТБМ) на фоне ВИЧ-инфекции, тяжёлого иммунодефицита отмечается увеличение удельного веса менингоэнцефалита и туберкулёза головного мозга. Поскольку менингоэнцефалит по патогенезу является вариантом прогрессирования туберкулёзного менингита с переходом воспаления на вещество мозга, а туберкулома – один из исходов менингоэнцефалита, можно полагать, что рост распространенности этих заболеваний обусловлен их поздней диагностикой. Сочетание инфекции ВИЧ-1 и множественно лекарственно устойчивых форм ТБМ приводит к смертности 75-90%.

Клиническое течение патологии многообразное, считается трудно диагностируемым заболеванием как при остром, так при его хроническом течении. Основной причиной туберкулёзного менингита является поздняя диагностика туберкулёза органов дыхания и внелегочных форм туберкулёза, в результате которой возникают осложнения.

Из 117 изученных больных туберкулёзным менингитом 101 (86,3%), страдали

первично туберкулёзом легких, 16 (13,7%) - внелегочной формой туберкулёза. Из 16 внелегочных форм у 9 (55,6%) больных первично отмечался туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов, который своевременно не выявлен и осложнился туберкулёзным менингитом, 7 больных (44,4%) страдали туберкулёзом костно-суставной системы.

Из 101 больного легочным туберкулёзом у 53 (52,5%) имелся диссеминированный туберкулёз легких, который осложнился туберкулёзным менингитом, 41 больной (40,6%) страдали инфильтративной формой туберкулёза, 7 (7%) имели большие остаточные изменения после ранее перенесённого туберкулёза легких, в результате снижения иммунной реактивности организма произошла реактивация процесса и развилась гематогенная диссеминация микобактерий туберкулёза. Среди легочных форм туберкулёзного менингита у 26 (25,7%) определен распад легочной ткани, из них 13 (12,9%) - с множественно лекарственно устойчивыми формами туберкулёзного менингита, 3 (3%) - с широко лекарственно устойчивыми формами, у 10 больных (9,9%) отмечалась рифампицин-чувствительная форма туберкулёзного менингита.

Среди всех форм туберкулёзного менингита легочного и внелегочного туберкулёза 7 (6%) больных ранее страдали ВИЧ-инфекцией и не принимали АРВТ, на фоне снижения иммунной системы CD4 у них началось прогрессирование туберкулёзного процесса.

Заключение. Таким образом, результаты исследования показали, что клинические проявления туберкулёзного менингита на фоне ВИЧ-инфекции и туберкулёза с множественно лекарственно устойчивыми формами отличаются многообразием и считаются трудно диагностируемым заболеванием как при остром, так при его хроническом течении. Основной причиной туберкулёзного менингита является позднее выявление и диагностика легочного и внелегочного туберкулёза среди населения.

Мирахмедова М.А., Ахмедова М.А., Касымова С.В., Назарова Р.Н.

О ПРИМЕНЕНИИ ДУЛАГЛУТИДА (ТРУЛИСИТИ) ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"
ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии»

Цель исследования. Изучить эффективность терапии дулаглутидом у пациентов СД-2 типа с ожирением.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились две группы пациентов с СД 2 типа и ожирением в течение 6 месяцев. Средний возраст пациента в двух группах был сопоставим. 1-я группа состояла из 24 пациентов (средний возраст $48,6 \pm 4,2$ года), небольшой длительностью диабета ($4,6 \pm 1,3$ года) и ИМТ - $35,3 \pm 1,2$ кг/м². Первая группа пациентов находилась на традиционной сахароснижающей терапии, они принимали метформин в суточной дозе 1,5-2,5 г и ситаглиптин в суточной дозе 50-100 мг. Вторая группа, состоящая из 18 пациентов (средний возраст $52,3 \pm 2,1$ года и длительностью диабета $5,1 \pm 1,1$ года имела ИМТ - $34,6 \pm 2,2$ кг/м²). Второй группе был назначен дулаглутид (трулисити 1,5 мг 1 раз подкожно в неделю) в сочетании с метформином 1 г/сутки.

Пациентам исследовали в динамике уровень глюкозы в крови натощак и постпрандиальный уровень глюкозы, гликированный гемоглобин (HbA1C), уровни общего холестерина и триглицеридов.

Результаты и их обсуждение. Значительный рост численности больных сахарным диабетом (СД-2 типа) связан с большой распространенностью ожирения среди населения в разных странах. Избыточная масса тела и ожирение способствуют прогрессированию нарушений углеводного обмена и ухудшению прогноза в плане развития осложнений СД. В связи с этим коррекция избыточной массы тела и ожирения является необходимой частью лечения СД 2 типа. Необходимо отметить, что применяемые традиционные сахароснижающие препараты не в силах приостановить нарастающую потерю В-клеток поджелудочной железы.

Для восстановления функции В-клеток в настоящее время применяются инновационные препараты, к которым относятся инкретины. Агонисты рецепторов ГПП-1 представляют собой группу сахароснижающих инкретинов, воздействующих на многие патогенетические механизмы СД-2 типа и об-

ладают достаточной безопасностью. В то же время использование этой группы препаратов в инъекционной форме снижает приверженность больных к приёму этих препаратов. Создание пролонгированных форм агонистов рецепторов ГПП-1 изменило приверженность к лечению. Дулаглутид (торговое название препарата «Трулисити» применяют 1 раз в неделю) независимо от приёма пищи.

К преимуществам «Трулисити» относится ещё то, что препарат не вызывает гипогликемии, замедляя опорожнение желудка, способствует снижению массы тела у пациентов с СД 2 типа.

Пациенты обеих групп к началу исследования находились в стадии декомпенсации диабета, на что указывал уровень натощакового постпрандиального содержания глюкозы в крови, а также HbA1C. В первой группе пациентов через 6 месяцев терапии уровень натощаковой гликемии незначительно снизился с $9,8 \pm 2,1$ ммоль/л до $8,6 \pm 1,3$ ммоль/л, HbA1C не достиг целевого уровня - $\geq 7\%$ и составил до лечения - $8,4 \pm 1,2\%$, после лечения достиг целевого уровня - $7,9 \pm 1,2\%$. ИМТ в этой группе практически остался на прежнем уровне $35,3 \pm 1,2$ кг/м² до $34,3 \pm 1,8$ кг/м². Во второй группе уровень натощаковой гликемии с $8,6 \pm 2,3$ ммоль/л до лечения снизился до $6,8 \pm 2,3$ ммоль/л после лечения. Уровень HbA1C достоверно снизился до целевого уровня у 66,6% больных и составил $6,9 \pm 1,3\%$ после лечения. У пациентов второй группы лечение дулаглутидом сопровождалось достоверным и стойким снижением массы тела и улучшением показателей липидного обмена. Распространённость нежелательных явлений при лечении была сопоставимой в обеих группах пациентов. Наиболее частыми из них были реакции со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота), которые носили временный характер.

Заключение. Дулаглутид (трулисити) - инновационный сахароснижающий препарат из группы агонисты рецепторов ГПП-1, является достаточно безопасным и эффективным препаратом для лечения СД-2 типа в сочетании с ожирением.

Мирзовалиев О., Шукурова С.М.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА И ОСТЕОПОРОЗА

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить клинико-функциональные предикторы остеоартрита (ОА) в ассоциации с остеопорозом (ОП).

Материал и методы исследования. Материалом послужило проспективное наблюдение 125 пациентов с диагнозом ОА, поступивших на стационарное лечение в терапевтическое отделение Городской больницы №1 (пос. Адрасмон) за период 2018 - 2019 гг. Исследуемую группу составили 93 (74,4%) женщины и 32 (25,6%) мужчины, средний возраст $56,9 \pm 11,3$ лет.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов полученных нами данных свидетельствует о преобладании пациентов в возрастной категории 50-59 лет (33,6%) и 60-69 лет (31,2%). По локализации суставных

проявлений наиболее часто поражаются коленные суставы (гоноартроз) – у 106 человек (84,8%) (84 женщины и 22 мужчины), реже тазобедренные суставы – 10 человек (8%) (3 женщины и 7 мужчин), узелки Гебердена – 9 человек (7,2%) (у 6 женщин и 3 мужчин). Интенсивность болевого синдрома по ВАШ в суставах составила $57,1 \pm 22,8$ мм. При проведении ультразвуковой денситометрии при гоноартрозе ($n=106$) выявлено у $n=73$ (68,9%) снижение МПКТ (остеопения + остеопороз), у остальных $n=33$ (31,1%) – нормальная МПКТ.

Заключение. Таким образом, нами выявлена взаимосвязь частоты ОА с возрастом пациента, половые различия и четкая корреляция количества пораженных суставов в зависимости от длительности заболевания.

Мирзовалиев О., Шукурова С.М.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ В АССОЦИИ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Представить реальную практику назначения лекарственных средств и оптимизацию терапии больных первичным остеоартритом (ОА) в ассоциации с остеопорозом (ОП).

Материал и методы исследования. Проводился опрос врачей различных специальностей ($n=206$) с целью оценки практики назначения лекарственных средств (ЛС) при терапии ОА и ОП. Опрос проводился в 2019 году в сравнительном аспекте с 2015 г. ($n=185$). Наряду с учетом результатов опроса врачей оценивались также эффективность комбинированного применения препарата кальция и витамина Д₃ у 50 больных с ОА в ассоциации с ОП.

Результаты и их обсуждение. Среди врачей терапевты составили основную массу – 56,3%, тогда как число семейных врачей уменьшилось до 30,6% (57,3% в 2015 году) и в сумме составило 86,6% от общего числа опрошенных. Анализ назначения ЛС показал, что препаратами первой линии при ОА, как и в прежние годы, являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), а хондропротекторы стали применяться чаще в 2019 году 50 (24,2%) случаев против

42 (22,8%) в 2015 году.

Ситуация с использованием противоостеопоротических препаратов в лечении больных ОА желает лучшего, большинство врачей (78,8%) ссылаются на незнание патогенетических взаимосвязей ОА и ОП и низкую информативность о бифосфонатах, боязнь побочных эффектов – 49 (18,9%), нежелании пациента – 56 (21,8%), ввиду длительности приема – 29 (11,3%) и высокой цены – 23 (8,9%). У больных с ОА на фоне 6-месячного комплексного лечения с включением кальция с витамином Д₃ отмечалось повышение минеральной плотности костной ткани (МПКТ), достоверное снижение болевого синдрома и улучшение показателей костного ремоделирования.

Заключение. Повышение приверженности пациентов и информированности врачей о необходимости применения противоостеопоротических препаратов у больных ОА в ассоциации с ОП будет способствовать предупреждению нежелательных последствий. Включение в комплексное лечение комбинаций препарата кальция и витамина Д₃ достоверно снижает болевой синдром и улучшает костное ремоделирование.

Музаффаров Ш.С., Махкамов К.К., Зарипов А.Ш.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»
Кафедра неонатологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить эффективность антиоксидантной терапии у новорожденных детей при врожденной цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ).

Материал и методы исследования. На базе отделения патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» изучили состояние антиоксидантной защиты организма и эффективность антиоксидантной терапии при врожденной цитомегаловирусной инфекции в организме новорожденных детей. Под наблюдением находились 40 новорожденных с врожденной цитомегаловирусной инфекцией. В зависимости от течения внутриутробной ЦМВИ все дети были разделены на две группы. Первую группу составили 18 доношенных новорожденных детей с тяжелым течением врожденной цитомегаловирусной инфекции. Во вторую группу были вовлечены 22 недоношенных новорожденных ребенка с тяжелым течением врожденной цитомегаловирусной инфекции. В контрольную группу включены 20 новорожденных детей аналогичного возраста с аналогичными антропометрическими показателями.

С целью определения антиоксидантного статуса в сыворотке крови определяли уровень супероксиддисмутазы, аскорбиновой кислоты и сиаловых кислот.

Результаты и их обсуждение. У наблюдаемых детей отмечалась одышка (80%), цианоз носогубного треугольника (74%), серо-бледный оттенок кожи тела (48%), выраженный акроцианоз (42%), холодные на ощупь конечности (38%), участие вспомогательной дыхательной мускулатуры грудной клетки и крыльев носа в акте дыхания (36%), втяжение межреберных промежутков при вдохе (32%) и выдохе (29%), вздутие живота (24%) и снижение оксигенации кожных покровов при пульсоксиметрии (21%).

У детей первой группы отмечались заметное снижение уровня СОД ($9,1 \pm 0,02$), по сравнению с этим же показателем у детей контрольной группы ($16,5 \pm 0,5$). Со-

держание аскорбиновой кислоты ($25,7 \pm 0,7$) у данных групп детей также было снижено при сопоставлении с аналогичными показателями у детей контрольной группы ($55,3 \pm 2,0$). При этом концентрация сиаловых кислот ($3,1 \pm 0,01$) у данной группы имела тенденцию к повышению при сравнении с показателями детей контрольной группы ($1,8 \pm 0,01$).

У детей второй группы выявлено значительное снижение среднего показателя СОД ($6,1 \pm 0,04$) и аскорбиновой кислоты ($17,1 \pm 0,03$), по сравнению с аналогичными показателями детей контрольной группы и первой группы ($16,5 \pm 0,5$; $9,1 \pm 0,02$ и $25,7 \pm 0,7$; $55,3 \pm 2,0$ соответственно, $p < 0,001$, $p < 0,001$). При этом показатели сиаловых кислот у детей с тяжелым течением ВУИ были значимы, по сравнению с такими же параметрами у детей контрольной и первой группы ($1,8 \pm 0,01$; $3,1 \pm 0,01$ $p < 0,001$, $p < 0,01$).

Для устранения дыхательной недостаточности и гипоксии детям был назначен увлажненный кислород подачей с помощью лицевых масок (для детей первой группы) и носовых конюль (для детей второй группы). Наряду с традиционной антибактериальной, противовирусной и иммуномодулирующей терапией всем новорожденным детям была назначена аскорбиновая кислота из расчета 75 мг/кг в сутки на растворе 10%-ой глюкозы или 0,9% NaCl, внутривенно, медленно.

Помимо этого, в обеих группах детям была назначена антиоксидантная терапия мексидолом. Препарат вводили согласно прилагаемой инструкции, из расчета 0,1 мл/кг в сутки, в 10% растворе глюкозы или 0,9% NaCl, внутривенной струйной инфузией.

После назначения этих препаратов показатели СОД, сиаловых кислот и аскорбиновой кислоты в сыворотке крови нормализовались, отмечено улучшение состояния больных, уменьшение дыхательных нарушений и снижение потребности в кислороде у обеих групп детей.

Заключение. На фоне врожденной цитомегаловирусной инфекции в обследуемых группах детей выявлены нарушения в антиоксидантной системе, особенно у недоношенных.

Использование мексидола способствует нормализации показателей антиоксидантной защиты организма, выражающихся как клинически, так и лабораторно, в показателях СОД и сиаловых кислот.

Муниева С.Х., Исломзода М., Каримов Х., Сайдаминов Н.

ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НОГТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"
Городской центр кожных и венерических болезней г. Душанбе

Цель исследования. Изучение частоты обращаемости к врачу-дерматовенерологу пациентов с различным типом поражения ногтевых пластин как при кожных заболеваниях, так и при соматической патологии и эффективности комплексного подхода лечения ногтей.

Материал и методы. За период с 2018 по 2021 год в Городской центр кожных и венерических болезней г. Душанбе обратилось 1654 пациента с патологией ногтевых пластинок. Мужчины составили 632 человека, женщины – 1022. В 2018 году – 688 пациентов, в 2019 году – 574, в 2020 году – 112, в 2021 году – 280 человек. Уменьшение обратившихся в 2020-2021 годы связано с пандемией коронавирусной инфекции и введенным карантином.

Результаты и их обсуждение. Ускоренный ритм жизни, требования к внешним данным, необходимость всегда выглядеть «на все 100%» являются гарантией успеха в современном мире. Изменения кожи, волос и ногтей – это актуальная проблема, которая с каждым годом привлекает к себе все больше и больше внимания. В частности, поражения ногтей вызывает дискомфорт у большинства населения, особенно в молодом возрасте. Изменение формы и цвета ногтевых пластин может быть вызвано воздействием различных экзогенных и эндогенных факторов при многих дерматологических и соматических заболеваниях и играют важную роль в постановке диагноза. Кроме этого, изменение внешнего вида ногтей вызывают у пациентов психологические, эстетические проблемы и ухудшают качество их жизни.

Изменения ногтевых пластинок могут быть как врожденными, так и приобретенными. Причинами последних являются экзогенные и эндогенные факторы. Среди эндо-

генных можно выделить нейроэндокринные нарушения, болезни висцеральных органов, хронические дерматозы, различные интоксикации. Ониходистрофии экзогенного генеза связаны с механической, химической или инфекционной природой (грибы, вирусы, клещи, пиококки). Несмотря на различие этиологии, следует отметить однотипность клинических признаков, которые складываются из изменения цвета, формы, поверхности ногтевой пластинки.

Ногти представляют собой три слоя полностью кератинизированных роговых клеток, развиваются из эктодермы между 9-ой и 20-ой неделями внутриутробного развития плода. В нормальном состоянии ногтевая пластина прозрачна, гладкая, блестящая, толщиной 0,3-0,4 мм. Заболевания ногтей могут быть врожденные и приобретенные. При врожденных речь идет о гиподисплазиях ногтевых пластинок на фоне эктодермальных дисплазий или других. Большую распространенность имеют приобретенные изменения ногтей, которые возникают в результате воздействия внешних травмирующих факторов (маникюр, педикюр, моющие средства, ношение неудобной, узкой обуви) выросший ноготь, подногтевой гиперкератоз, онихолизис и другие. Кроме того, при различных кожных заболеваниях: микозы и пиодермиты, псориаз, красный плоский лишай, экзема, а также при поражениях висцеральных органов и вследствие приема лекарственных препаратов.

Среди обратившихся с патологией ногтевых пластинок у 612 пациентов в 2018 году, 503 в 2019, 89 в 2020 и 213 пациентов в 2021 году были выявлены различные микотические поражения, проведено соответствующее противогрибковое лечение.

Из 76 больных с поражением ногтей в 2018 году у 15 отмечено врастание ногтевой пластинки, у 23 изменения связаны с имеющимися кожными процессами (псориаз, экзема, красный плоский лишай), у 9 отмечались паронихий и панариций, 13 пациентов имели заболевания сердечно-сосудистой системы, 11 женщин отмечали изменения ногтевых пластинок после маникюра и педикюра и у 5 диагностированы различные ониходистрофии.

В 2019 году у 14 отмечено врастание ногтевой пластинки, у 11 - паронихий и панариций, 26 больных имели изменения, связанные с хроническими кожными процессами, 7 пациентов с соматическими заболеваниями, 3 с ониходистрофиями и 10 женщин с изменениями связанными с травмирующими процедурами (маникюр и педикюр).

В 2020 году среди 23 пациентов: врастание - у 6, хронические дерматозы - у 12, соматические процессы - у 5.

В 2021 году у 67 пациентов отмечались изменения ногтевых пластинок, не связанные с микотической инфекцией, в том числе врастание отмечали 17 больных, у 25 имелась связь с соматической патологией, у 15 - с хроническими дерматозами, у 7 истончение и изменение структуры ногтей связаны с салонными процедурами и у 3 отмечались ониходистрофии.

У большинства пациентов ониходистрофии имелись длительный период времени и имели различный характер в виде утолщения или лизиса ногтевых пластинок, расщепленные ногти, хрупкие ногти с различными вкраплениями, полосами и углублениями.

Для лечения патологии ногтей в зависимости от характера поражения используют различные методы и средства терапии.

Закключение. К сожалению, заболевания ногтей довольно распространены. Чаще всего им подвержены женщины, которые используют косметические процедуры в салонах, где гигиенические условия не соблюдаются должным образом. Ногти являются не только украшением рук человека, но, прежде всего, имеют защитную функцию для кончиков пальцев, они также способствуют точному обращению с ними. К сожалению, ногти часто поражаются многочисленными заболеваниями. Многие заболевания ногтей являются результатом неправильного питания, с низким содержанием витаминов и минералов.

Ногтевую пластину также ослабляет контакт с моющими средствами и некоторые заболевания, в том числе диабет и заболевания щитовидной железы.

Симптомы заболевания ногтей видны невооруженным глазом. При обнаружении каких-либо симптомов нужно обратиться к дерматологу. Необходимо найти причину изменения и исключить серьезные заболевания, такие как патология щитовидной железы, сифилис, анемия, нехватка микро- и макроэлементов.

Лечение зависит от типа и тяжести заболевания. Некоторые из них лечатся местными препаратами. В более тяжелых случаях может потребоваться хирургическое вмешательство. Терапия подбирается индивидуально с учетом потребностей пациента.

Муниева С.Х., Пулатова Л.Д., Алимова Н.Ф., Гулзода М.Н.

РАННЕЕ ПОСЕЖДЕНИЕ ВОЛОС У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"
Городской центр кожных и венерических болезней г. Душанбе
Медико-эстетический центр «Жасмин»

Цель исследования. Определение уровня микроэлементов в крови у подростков с ранним поседением волос.

Материал и методы исследования. Было проведено обследование 36 детей и подростков в возрасте от 5 до 15 лет. Мальчиков было 21, девочек – 15. В возрасте от 5

до 10 лет было 16 детей (м – 9, д – 7), от 11 до 15 лет – 20 детей (м – 12, д – 8).

Всем обследуемым кроме общих анализов и биохимического анализа крови было проведено исследование микроэлементов – цинк, медь, железо, кальций и уровень витамина Д. Получена консультация узких

специалистов – невропатолога, эндокринолога.

Результаты и их обсуждение. Раннее поседение – явление необычное, но, безусловно, требующее внимания родителей. Причины появления проседи у детей различны и, если они связаны с серьезными заболеваниями, игнорировать это ни в коем случае нельзя. Своевременное реагирование на изменение пигментации волос поможет избежать проблем со здоровьем ребенка.

Появление седины связано с тем, что человеческий организм прекращает естественную выработку пигмента меланина, который отвечает за цвет волос. Волос начинает терять цвет с той части, которая ближе к корню.

Обычно человек седеет либо с возрастом, либо под влиянием внутренних факторов. После того, как выработка меланина нарушается, в структуре волоса появляется большее количество воздушных пузырьков, и цвет волос приближается к серебристому либо желтовато-серому.

На появление седых волос у подростков, вызванное генетикой или функциональными заболеваниями, родителям и самим детям следует реагировать адекватно. Если это касается начала развития тяжелой патологии в организме, не стоит затягивать с обследованием и лечением.

В ходе нашего исследования выяснилось, что у большинства детей и подростков появление седины родители отметили в течение одного года (м – 13, д – 6). У 6 мальчиков и 4 девочек появление седых волос отмечалось в течение трех лет. У 2 мальчиков и 5 девочек родители отмечали единичные седые волосы с раннего детства, но за последние год количество седых волос резко увеличилось. Именно увеличение количества седых волос спровоцировало обращение к врачу-дерматологу с детьми в возрасте до 10 лет. В более старшем возрасте подростки сами настояли на том, чтобы обратиться к специалисту.

В ходе опроса было выяснено, что у 63% детей и подростков поседение волос стало появляться после перенесенной инфекции (брюшной тиф, ОРВИ-инфекция с длительным повышением температуры выше 38,5°С, ветрянка, корь). Среди подростков чаще всего пусковым механизмом явился перенесенный стресс. При сильном нервном потрясении в кровь поступает большое количество адреналина, нарушающего связь меланина с белковой структурой волоса, в результате чего пигмент нейтрализуется. Кроме того, спазм сосудов, питающий волосные фолликулы, приводит к атрофии или гибели ме-

ланоцитов и, следовательно, прекращению образования красящего пигмента волос. У детей 5-7 лет родители ни с чем появление седины не связывают, но при сборе анамнеза выяснилось, что мамы во время беременности переболели ОРВИ или гриппом.

Наши исследования показали, что у всех обследуемых отмечается недостаток микроэлементов и витаминов. В частности, отмечается значительное снижение уровня вит Д, элементов цинка, меди, кальция и железа.

Все обследованные пациенты были дополнительно отправлены на консультацию к эндокринологу и невропатологу, которые в свою очередь, при необходимости, рекомендовали дополнительную терапию.

Всем пациентам было рекомендовано сбалансированное питание по содержанию витаминов и микроэлементов (В, D, Е, А, медь, железо, магний, селен, цинк). Микроэлементы играют важную роль в клеточном метаболизме и их дефицит связан с ломкостью волос, их выпадением и поседением. Рекомендовано отказаться от фастфуда и употребления различных газированных напитков.

Профилактика. Следование принципам здорового образа жизни почти всегда исключает развитие заболеваний, если они не вызваны травмирующими или наследственными факторами. Это относится и к ранней седине. Профилактика заключается в следующем: беременным женщинам и кормящим матерям не стоит принимать медикаменты без назначения врача, особенно антибиотики; по возможности продолжать грудное вскармливание малыша до 1-1,5 лет; обогащать меню ребенка свежими овощами и фруктами, молочными продуктами, рыбой; при малейшем воспалении, появлении перхоти на коже головы обращаться к врачу и строго соблюдать его рекомендации во время лечения; своевременно реагировать на изменения в общем состоянии здоровья; не допускать развития у подростков вредных привычек (курения, принятия алкоголя, наркотических средств); защищать волосы зимой теплым головным убором, в жару – панамой или косынкой.

В подростковом возрасте необходима нормализация деятельности клеток-меланоцитов, оптимальным решением является обогащение рациона продуктами, содержащими витамины групп В12, А, С, Е и минеральными веществами, наряду со значительным снижением потребления фастфуда. Желательно нормализовать психо-эмоциональное состо-

яние детей и подростков. Родителям следует объяснить, что не нужно экспериментировать с причёской, а курение может привести к гораздо более печальным последствиям, чем появление седины.

Закключение. Таким образом, раннее появление седины у детей и подростков стало актуальной проблемой в последние годы. Необходимо провести более тщательное исследование в данном направлении.

Нарзуллаева А.Р., Табаров А.И.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить структурно-функциональные особенности при осложнённом течении инфаркта миокарда.

Материал и методы исследования. Нами был проведён ретроспективный анализ 2104 историй болезни больных с острым инфарктом миокарда (ИМ), поступивших в ГУ РКЦК, за период 2015-2019 гг.

Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, лабораторные методы исследования с определением показателей общего анализа крови и мочи, липидного спектра, креатинина крови, печеночных ферментов, глюкозы крови, тропонинов, электрокардиографическое (ЭКГ) исследование, включая суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование, коронароангиографическое исследование, расчёт показателей шкал Killip и GRACE.

Результаты и их обсуждение. Анализ динамики числа госпитализированных больных (2015 – 2019 гг.) показывает, что из общего числа госпитализированных больных (31431 человек) 54,9% (18699 человек) составили пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС), из них 6,7% (2104 больных) - с острым ИМ. При этом основная масса госпитализированных соответствует периоду активного трудового возраста (41 - 65 лет) – среди больных инфарктом миокарда 52,8% (1170) составили лица этой возрастной категории.

Проведённое ЭКГ исследование выявило у 1074 (51,0%) пациентов Q-образующий ИМ и у 961 (45,7%) больных ИМ без патологического зубца Q. В зависимости от локализации ИМ наиболее частой его локализацией была передняя стенка левого желудочка (ЛЖ) у

845 больных (40,2%), заднее расположение наблюдалось у 504 больных (23,9%), передне-распространенный ИМ - у 276 больных (13,1%), реже - циркулярный ИМ у 139 больных (6,6%), переднебоковой ИМ - у 148 больных (7,0%), заднебоковой ИМ - у 130 (6,2%) и только у 62 больных (2,9%) - изолированный ИМ правого желудочка. Кроме того, были выявлены атриовентрикулярная блокада III степени - у 108 больных (5,1%), внутрижелудочковые блокады, такие как полная блокада левой ножки пучка Гиса – у 40 (1,9%) больных, полная блокада правой ножки пучка Гиса – у 240 (11,4%) больных, трепетание предсердий у 122 (1,8%) больных, суправентрикулярная экстрасистолия – у 42 (1,9%) больных, гипертрофия левого желудочка - у 440 (20,9%) больных, причем у 38 больных (1,8%) с гемодинамической перегрузкой.

В ходе эхокардиографического исследования нами были получены следующие результаты: среднее значение ИММЛЖ составляет 120,08 г/м², что говорит о том, что у большинства больных имеет место гипертрофия ЛЖ, при этом удельный вес таких пациентов составляет 1604 (76,2%), из них у 1279 (60,8%) – имеет место концентрический тип гипертрофии ЛЖ, у 354 (16,8%) – эксцентрический, гипертрофическое ремоделирование ЛЖ – у 221 (10,5%) человек.

Закключение. Таким образом, основными структурно-функциональными изменениями среди больных с острым инфарктом миокарда являются изменения в области передней стенки левого желудочка, атриовентрикулярные блокады и нарушения внутрижелудочковой проводимости, а также концентрическая гипертрофия левого желу-

дочка. В этой связи во избежание фатальных и нефатальных осложнений инфаркта миокарда от практикующих врачей требуется своевременное выявление и коррекция ги-

пертрофии ЛЖ, а также ранняя ЭКГ-кая и ангиографическая диагностика изменений, с удалением особого внимания передненисходящей и левой коронарной артериям.

Нозиров Дж.Х., Мурадов А.М., Исмагулозова С.И., Мурадов А.А., Нозиров А.Дж.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНЫМИ ДИСЛИПИДЕМИЯМИ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"
ГУ РКЦК
ФГБУ "НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева", Москва, РФ
ЦГБ г. Вахдата

Цель исследования. Изучить особенности нарушения липидного обмена у больных с рефрактерными дислипидемиями.

Материал и методы исследования. Осуществлен ретро- и проспективный анализ результатов комплексного клинико-лабораторного обследования 200 больных с дислипидемиями различной этиологии, из которых выбраны 90 пациентов с РДЛ, составляющие основную группу. Все 90 больные с РДЛ были разделены на 2 группы по 45 человек, результаты которых были сравнены с данными контрольной группы (КГ), состоящей из 30 практически здоровых добровольцев. Первую группу составили больные, которые наряду со стандартной липидснижающей терапией получали высокообъемный мембранный плазмаферез в комбинации с криопреципитацией гепарином, а вторую - кроме стандартной терапии каскадный плазмаферез.

Результаты и их обсуждение. Изучение содержания общих липидов крови среди лиц КГ показало, что их уровень, в среднем, составляет $5,0 \pm 0,93$ г/л. В первой группе пациентов с РДЛ этот показатель был равен $7,35 \pm 0,55$ г/л, что на 46,0% (в 1,5 раза) выше, чем в КГ ($p < 0,001$), во второй - $6,85 \pm 0,72$ г/л, что также достоверно (на 38,0% - в 1,4 раза) выше КГ ($p < 0,005$). Отмечена статистически значимая разница между первой и второй группами обследованных - 5,8% ($p < 0,01$).

Исследование общего холестерина среди обследуемых КГ выявило нормальный его уровень - $4,39 \pm 1,18$ ммоль/л. В то же время этот показатель среди больных первой группы составлял $14,2 \pm 0,91$ ммоль/л, что на 222,7% (в 3,2 раза) ($p < 0,001$) выше показателя КГ, среди пациентов второй группы - $13,6 \pm 0,89$ ммоль/л, что также в 3,1 раза, т.е. на 209,1% выше, чем в КГ ($p < 0,001$). Обнаружена статисти-

чески достоверная межгрупповая разница - 4,4% ($p < 0,05$).

Анализ содержания триглицеридов в КГ показал, что в среднем, его уровень составляет $1,21 \pm 0,66$ ммоль/л, в 1-ой группе - $4,88 \pm 0,78$ ммоль/л, что на 305,0% (в 4,0 раза) ($p < 0,001$) выше, чем в КГ, во второй - $5,04 \pm 0,73$ ммоль/л ($p < 0,001$), в 4,2 раза превышающий (на 313,2%) аналогичный показатель КГ. При этом статистически значимая разница между первой и второй группами не была установлена ($p < 0,05$).

Исследование холестерина липопротеидов низкой плотности выявило, что в первой группе ($8,77 \pm 0,69$ ммоль/л) их содержание выше КГ ($2,58 \pm 0,97$ ммоль/л) ($p < 0,001$) на 238,5% (в 3,4 раза), во второй ($8,58 \pm 0,67$ ммоль/л) - на 230,8% (3,3 раза). Обнаружен достаточно низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности среди респондентов как первой ($0,8 \pm 0,32$ ммоль/л), так и второй ($0,74 \pm 0,3$ ммоль/л) групп на 38,0% (в 1,6 раз) и 45,7% (в 1,7 раз) превышающих показатель КГ - $1,29 \pm 0,24$ ммоль/л ($p < 0,001$).

Оценка индекса атерогенности среди лиц КГ выявила нормальные его показатели - $2,85 \pm 0,47$. В первой группе он составлял $8,03 \pm 0,55$, во второй - $8,4 \pm 0,63$, что соответственно на 178,2% и 192,1% выше, чем в КГ ($p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, у обследованных обеих групп пациентов, несмотря на прием стандартной липидснижающей терапии с включением в программу лечения мембранных технологий, отмечаются выраженные нарушения липидного обмена, в том числе по некоторым показателям в 5,5 раза. Выявленные нарушения липидного обмена на фоне продолжающегося лечения свидетельствуют о важности проблемы дислипидемии и сложности её лечения.

Олимова Ф.К., Очилдиева Н.Ш., Махкамов Қ.Қ.

ЗУДДИЯТИ ИНКИШОФИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДӢ ДАР НАВЗОДОН ВА ОМИЛҲОИ БАРАНГЕЗАНДАИ ОНҲО

МТД «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»
МД «Таваллудхонаи №1» шаҳри Душанбе

Мақсади тадқиқот. Дарёфт кардани нуқсонҳои зуд вохуранда дар таваллудхонаи №1 шаҳри Душанбе ва омилҳои барангезандаи онҳо.

Мавод ва усули тадқиқот. Барои гузаронидани тадқиқот 298 таъриҳи таваллуд ва таъриҳи инкишофи навродон, ки бо нуқсони модарзодӣ таваллуд шудаанд дар таваллудхонаи № 1 шаҳри Душанбе дар давраи аз соли 2020 то соли 2021 омӯхта шуд. Дар давоми тадқиқот нишонаҳои клиникӣ нуқсонҳо ва омилҳои мусоидаткунандаи онҳо муайян карда шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Таҳлили ғуруҳҳои санҷидашуда нишон дод, ки модарони ин навродон асосан дар синну соли 30- 35 буданд (49%). Аз дехот 5%, аз шахр 95%. Аввалиндараҷа гирифтори ҷогари диффузи (86%), камхуни дараҷаҳои гуногун (71%) ва сироятҳои роҳҳои пешобрози (46.9%) доштанд. Дар 40%- и модарони навродон бемориҳои роҳҳои нафаскаши ҷой дошт. Бояд қайд кард ки, ягон аз модарони дар боло зикр шуда табобати зарурӣ нагирифтанд.

Аз шумораи умумии навродон, ки бо нуқсон таваллуд шудаанд қудакони расида буданд (83%). Таҳлили ғуруҳи тадқиқоти ху-

суиятҳои гуногуншаклии клиникӣ нуқсонҳо нишон дод. Ҷи хеле ки маълум гардид, дар мадди аввал нуқсонҳои дил ҷойгир аст ва ба баландшавии ин нишодод майл дорад ва нуқсонҳои 52% -ро ташкил кардааст, ки нисбат ба соли 2020 16% баланд аст. Дар ҷои 2-ум баландшавии зиёдшавии навродон бо синдроми Даун ба 2.8% дида мешавад. Нуқсони инкишофи узвҳои ҳозима низ ба баландшавии тамоюл дорад (1 %).

Дар солҳои то гузаронидани ин тадқиқот бемориҳои ҷашм ба назар намерасид, аммо имсол катарактаи модарзодӣ, торикшавии қарниҳои ҷашм ба қайд гирифта шуд. Бояд қайд кард ки, танҳо дар 3% модарони ки дар навродонашон нуқсон вучуд дошта дар давраи антенаталӣ муайян карда шудааст.

Хулоса. Барои паст кардани сатҳи таваллудӣ бо нуқсони модарзодӣ сари вақт гузаронидани скрининги занҳои ҳомиладор дар муҳлати хурди ҳомиладори зарур аст.

Сари вақт гузаронидани муоинаи таҳлили дар байни навродони аз ғуруҳи ҳаффи баланд бо нуқсон таваллудшуда ва ҷалби мутахассисони профили ба табобати самаранок, пешгирии маъҷубӣ ва фавт мусоидат менамояд.

Раджабова Г., Кабирзода Р., Шукурова С.М.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ КОМОРБИДНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ "ИПОВСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить структурно-геометрические и функциональные нарушения сердца у мужчин, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ), при наличии висцерально-абдоминального ожирения и определить степень ассоциации толщины эпикардального жира (ТЭЖ) с кардиометаболическими факторами риска (ФР).

Материал и методы исследования. В исследование включено 90 стационарных больных мужского пола с АГ и ИБС с метаболически нездоровым фенотипом (МНЗФ) в возрасте 61,2±1,7 года с нормальной массой тела (29 чел.) – I группа, избыточной массой тела (31 чел.) – II группа и ожирением (30 чел.) – III группа, а также 30 чел. с метаболически здоровым фенотипом.

Всем больным проводили антропометрический скрининг, расчет индексов висцерального ожирения (VAI) и инсулинорезистентности (НОМА-IR), исследовался липидный профиль, по данным эхокардиографии оценивалась величина индекса массы миокарда (ИММ) и ТЭЖ, определялся характер гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и диастолической дисфункции (ДД).

Результаты и их обсуждение. Наличие ожирения способствовало повышению значений метаболических ФР у тучных больных. Особо информативными являлись индексы VAI ($4,47 \pm 0,27$; $p < 0,001$) и НОМА IR ($5,12 \pm 0,32$; $p < 0,001$). У больных с ожирением показана ассоциативная связь ИММ и VAI ($r = 0,81$, $p < 0,001$), преобладание концентрической ГЛЖ с формированием рестриктивной ДД миокарда. Независимо от величины абдоминального ожирения, выявлено увеличение ТЭЖ у больных с

МНЗФ и подтверждена ее связь с основными метаболическими ФР и структурно-геометрическими показателями сердца.

Заключение. Кардиологические больные с АГ и ИБС при МНЗФ имели повышенные уровни метаболических маркеров аномального фенотипа, значения которых возрастали при наличии ожирения. У тучных пациентов (II и III группы) преобладающим трендом являлась концентрическая ГЛЖ, рестриктивный тип ДД, значимое увеличение преднагрузки и объема левого предсердия. Подтверждено значение ТЭЖ, как маркера висцерального ожирения. Результаты исследования свидетельствуют о том, что ожирение у больных с коморбидной кардиальной патологией способствует существенному повышению кардиометаболических ФР, усугубляет ремоделирование сердца и негативно влияет на функцию сердечной мышцы.

Раупова Р.И., Набиев Д.А., Расулов И.А., Бобоназарова Р.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЭРАДИКАЦИОННОЙ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРОДУОДЕНИТА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней с неонатологией Худжандского отделения ГОУ "ИПОВСЗ РТ"

Цель исследования. Определение приоритетности и эффективности применения различных схем антихеликобактерной терапии у детей с хроническим хеликобактер пилори (*Нр*)-ассоциированным гастродуоденитом и язвенной болезнью (ЯБ).

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 133 детей в возрасте от 10 до 18 лет с хроническими *Нр*-ассоциированными формами гастродуоденита и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ДОКБ г. Худжанда.

Для диагностики хеликобактерной инфекции применялось эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, которое имеет значительную самостоятельную диагностическую ценность (85%), уреазный тест (69,9%) и серологическое исследование с целью определения IgG, IgMkHr (30,1%).

81 (60,9%) больным при первичном обращении с целью эрадикации хеликобактера

была назначена стандартная 3-компонентная схема лечения (1 группа), 52 (39,1%) ребенка получали 4-компонентную схему (2 группа).

Лечение детей с *Нр*-ассоциированным гастродуоденитом и ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения включало в себя щадящую диету и эрадикационную антихеликобактерную компонентную терапию. Нами применялась 3-компонентная схема антихеликобактерной терапии, которая включала в себя следующие основные препараты: коллоидный субцитрат висмута - 240 мг 2 раза; метронидазол - по 500 мг 2 раза в день или нифурантел - по 15 мг/кг 2 раза в день; антибиотик (амоксциллин по 1 г 2 раза или азитромицин 500 мг 2 раза в день).

В схему квадротерапии включены ингибиторы протонной помпы (ИПП) (омепразол 20 мг 2 раза). Курс лечения составил 7 дней.

При применении квадротерапии нередко у детей (53,8%) возникали побочные эффекты в виде тошноты, неприятного вкуса во рту, диареи.

Для снижения частоты побочных эффектов и профилактики дисбактериоза к стандартной терапии 28 детям на 4-компонентной терапии был добавлен пробиотический препарат линекс в возрастной дозировке (1 г), 24 пациентам терапия проводилась без линекса (2 г).

Результаты и их обсуждение. Оценку эффективности эрадикационной терапии проводили через 2 недели от начала лечения. У всех детей через неделю купировался болевой синдром, уменьшились диспептические расстройства.

У детей первой группы в 35% случаев удалось достичь полной эрадикации *Нр* при использовании 3-компонентной схемы лечения без ИПП. В 65% случаев для достижения полной ремиссии, эрадикации *Нр*

потребовалось назначение 4-компонентной схемы антихеликобактерной терапии.

У 2 группы детей, получавших 4-компонентную схему лечения, эффективность эрадикации составила 86%.

В группе детей, получавших стандартную терапию в сочетании с линексом, частота побочных эффектов была значительно ниже и составила 7%, по сравнению с первой группой (12%).

Заключение. Полученные данные указывают на значительную эффективность эрадикационной антихеликобактерной терапии при применении 4-компонентной схемы лечения в сочетании с препаратом линекс, которая может быть рекомендована как основной вид лечения хронического гастродуоденита и ЯБ у детей.

Рахматуллоев Х.Ф., Файзуллоев А.И., Шукурова С.М.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Анализ особенностей течения заболеваний и лечение ХСН и ФП на клинические исходы пациентов.

Материал и методы исследования. Проанализированы данные 150 пациентов с ХСН и ФП (РИФ-ХСН), которые находились на амбулаторном наблюдении, и часть стационарных пациентов.

Предикторы неблагоприятных исходов (госпитализация в связи с ухудшением СН, сердечно-сосудистая смертность, тромбоэмболические осложнения и крупные кровотечения) анализировались отдельно для пациентов с СН и сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) (ФП+СНсФВ), промежуточной фракцией выброса (СНпФВ) (ФП+СНпФВ) и сниженной фракцией выброса (СНнФВ) (ФП+СНнФВ).

Результаты и их обсуждение. В исследовании участвовали 39% пациентов с ФП+СНсФВ, 15% пациентов с ФП+СНпФВ и 46% пациентов с ФП+СНнФВ. В течение 12 мес. наблюдения 57,2% больных были госпитализированы в стационар по причине декомпенсации СН, риск госпитализации был самым высоким для пациентов

с СНпФВ (66%, $p=0,017$). Сниженная фракция выброса (ФВ) была связана с более высоким риском сердечно-сосудистой смертности (15,5% vs 5,4% в других группах пациентов, $p<0,001$), но не ишемического инсульта (2,4% vs 3%, $p=0,776$). Риск достижения комбинированной конечной точки (инсульт+инфаркт миокарда+смерть от сердечно-сосудистых заболеваний) был ниже у пациентов с СНсФВ, по сравнению с пациентами с СНпФВ и СНнФВ (12,7% vs 22% и 25,5%, $p<0,001$). Регрессионный логистический анализ показал, что такие факторы, как демографические характеристики, тяжесть заболевания и назначенное лечение по-разному влияли на риск неблагоприятных исходов в зависимости от группы ФВ.

Заключение. Каждая группа пациентов с разной ФВ характеризуется собственным набором факторов, связанных с развитием неблагоприятных исходов. Демографические и клинические характеристики пациентов с промежуточной ФВ показывают, что этих пациентов необходимо изучать как отдельную когорту.

Решетняк В.И., Маев И.В.

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ

ФГБОУ ВО "Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова", Москва, Россия

Цель исследования. Проанализировать накопленные данные по механизму развития недостаточности питания (НП) у пациентов с первичным билиарным холангитом (ПБХ).

Материал и методы исследования. Собственные и литературные данные основных электронных медицинских баз данных.

Результаты и их обсуждение. НП обнаруживается у 33% пациентов с различными стадиями ПБХ. НП развивается у пациентов с ПБХ как с установленным циррозом, так и без него. На ранних стадиях ПБХ развивается НП, которая связана с развитием кожного зуда из-за повышенного содержания желчных кислот в плазме крови. Кожный зуд не снимается симптоматическими препаратами и часто вызывает мучительную бессоницу. Это приводит к снижению аппетита и недостаточному поступлению пищевых ингредиентов. Потеря аппетита, нарушение сна, изменение эмоционального состояния, тревога, депрессия способствуют снижению запасов гликогена и развитию постепенно нарастающей энергетической недостаточности с клиническими проявлениями выраженной слабости, быстрой утомляемости, снижения работоспособности, функционального статуса и качества жизни пациентов с ПБХ. Дефицит нутриентов приводит к компенсаторному ускорению процессов окисления жирных кислот и уменьшению запасов жира по мере нарастания холестаза у пациентов с ПБХ. Это требует включения в рацион питания этих пациентов продуктов с повышенной калорийностью. При этом при ПБХ уже на ранних стадиях заболевания наблюдается повышенный уровень фосфолипидов, холестерина, пальмитиновой и олеиновой жирных кислот, что направлено на нейтрализацию детергентного действия желчных кислот в общем кровотоке. У пациентов с ПБХ выявляется низкая степень стеатоза печени и низкий риск развития атеросклероза и сердечно-сосудистых событий. На ранних стадиях заболевания пациентам с ПБХ не требуется диеты с низким содержанием холестерина. Возможно включение в рацион питания

продуктов с повышенным содержанием фосфора для поддержания достаточного синтеза фосфолипидов. Недостаточное поступление желчных кислот в просвет кишечника у пациентов с ПБХ приводит к уменьшению абсорбции жирорастворимых витаминов и жиров, за счет недостаточного эмульгирования последних и снижения скорости их гидролиза. Развивающаяся стеаторея приводит к медленно прогрессирующему похуданию с витаминно-минеральной недостаточностью. При этом синтез панкреатических липаз не нарушен. Важно индивидуально оценивать толерантность пациентов к различным жирам и осуществлять контроль уровня жирорастворимых витаминов. Диеты с низким содержанием жира для уменьшения ксантелазм признаны неудачными и даже вредными. Дефицит поступления желчных кислот в кишечник приводит к дисбиозу, что также способствует развитию стеатореи у пациентов с ПБХ. Следует проводить оценку избыточного роста бактерий. У пациентов с явной клинической картиной холестаза и повреждения гепатоцитов желчными кислотами постепенно развивается белково-энергетическая недостаточность (БЭН) по типу «маразм» и незаметно прогрессирующая саркопения. Последняя обусловлена существенным увеличением скорости глюконеогенеза с использованием соматического пула аминокислот с разветвленной цепью. В этот период требуется включение в рацион питания пациентов с ПБХ продуктов с повышенным содержанием белка. Развитие печеночно-клеточной недостаточности в терминальной стадии ПБХ сопровождается нарушением белково-синтетической функции гепатоцитов, уменьшением синтеза белков сыворотки крови и повышенным распадом висцеральных белков, что приводит к развитию недостаточности висцерального пула белков, отекам и асциту (БЭН промежуточная форма – «маразм-квашиоркор»). Это требует сокращения приема соли, жидкости и включения в рацион питания модулей из аминокислот с разветвленной цепью. В терминальной стадии ПБХ накопление желчных

кислот в гепатоцитах приводит к выраженной печеночно-клеточной недостаточности, портальной гипертензии и портосистемному шунтированию, что сопровождается нарушением детоксикационной функции гепатоцитов, гипераммонийемией, образованием ложных нейротрансмиттеров с развитием печеночной энцефалопатии. Пациентам с ПБХ требуется строгое ограничение белка в рационе.

Заключение. Нутриционная поддержка у пациентов с ПБХ должна быть направлена на профилактику и коррекцию НП, восстановление регенераторных способностей печени, на профилактику и лечение возникающих осложнений. Наряду с применением базисного лечения у пациентов с ПБХ необходимо проводить распознавание и предотвращение прогрессирования НП с учетом механизмов ее развития на различных стадиях заболевания.

Саломова Б.Б., Хамроева Д.Х.

ОСОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЕЙ

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

Цель исследования. Изучить клинические особенности пневмоний, протекающих с синдромом бронхиальной обструкции, у детей.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 68 историй болезней детей раннего возраста с пневмонией. Дети были разделены на 2 группы, в 1 группу (основная группа $n=38$) вошли 38 детей с пневмонией, протекавшей с синдромом бронхиальной обструкции. В качестве сравнения было взято 30 историй болезней детей раннего возраста с пневмонией, протекавшей без бронхиальной обструкции (группа сравнения $n=30$).

Результаты и их обсуждение. При анализе анамнеза болезни в структуре перенесенных заболеваний у детей основной группы достоверно чаще отмечались: обструктивные бронхиты (до 33%), аденоидиты (28%), бронхиальная астма (14%), атопический дерматит (35%). По

морфологии в обеих группах доминировали очаговые формы пневмоний.

Физикальная симптоматика была достаточно специфичной у пациентов 1-й группы: выслушивались рассеянные сухие и влажные хрипы с обеих сторон в 67%. Также у больных 1-й группы достоверно реже отмечалась фебрильная лихорадка, по сравнению с пациентами 2-й группы. При расшифровке этиологии у детей 1-й группы чаще верифицировались: вирусы парагриппа (10%), риновирусы (13%), респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (17%), а также микоплазменная инфекция (9%).

Заключение. Отмечается тенденция к росту частоты пневмоний, протекающих с синдромом бронхиальной обструкции. Такая форма пневмонии наиболее часто встречается у детей раннего возраста с аллергической конституцией, что требует проведения бронхолитической и противовоспалительной терапии.

Табаров А.И.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА С ФАТАЛЬНЫМИ И НЕФАТАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить структуру традиционных и дополнительных факторов риска инфаркта миокарда осложнённого течения.

Материал и методы исследования. Нами был проведён ретроспективный анализ 2104 историй болезни больных с острым ин-

фарктом миокарда, поступивших в ГУ РКЦК за период 2015-2019 гг.

Всем больным проведено общеклиническое обследование, лабораторные методы исследования с определением показателей общего анализа крови и мочи, липидного спектра, креатинина крови, печеночных ферментов, глюкозы крови, тропонинов, электрокардиографическое (ЭКГ) исследование, включая суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, эхокардиографическое (ЭхоКГ) и коронароангиографическое исследования, расчёт показателей шкал Killip и GRACE.

Результаты и их обсуждение. Проведённый ретроспективный анализ историй болезней показал, что из общего числа госпитализированных больных в Республиканской клинической центр кардиологии за исследуемый период (100% - 31431 человек) ишемической болезнью сердца страдали 54,9% (18699 человек), из них 2104 больных с острым инфарктом миокарда – 6,7% от общего количества поступивших. При этом основная масса госпитализированных соответствует периоду активного трудового возраста (41-65 лет) – среди больных инфарктом миокарда 52,8% (1170) составили лица этой возрастной категории.

Из модифицируемых факторов риска ИБС артериальная гипертензия (АГ) имела место

у 1489 (70,8%) пациентов, курение - у 652 пациентов (30,9%), гиперхолестеринемия - у 552 пациентов (26,2%), избыточная масса тела - у 246 пациентов (11,7%), наличие сахарного диабета верифицировано у 352 пациентов (16,7%), наследственность - у 402 (19,1%) больных. Из дополнительных факторов риска выявлена хроническая болезнь почек - у 122 больных (5,8%), транзиторная гипергликемия без сахарного диабета - у 230 пациентов (10,9%), дыхательная недостаточность - у 139 больных (6,6%). Среди женщин также нами выделен такой фактор риска, как менопауза, встречающаяся в 844 (40,1%) случаев.

Заключение. Таким образом, среди традиционных факторов риска предопределяющих дальнейшие осложнения, определяющими, которые возможно контролировать на самых ранних этапах развития основного заболевания – ИБС, является АГ, курение, гиперхолестеринемия, ИМТ и СД. При этом факторы, которые, несомненно, вносят свой вклад в развитие осложнений ИМ – ХБП и ДН, также не должны недооцениваться врачами любого уровня здравоохранения по мере обращения такой категории больных с целью профилактики фатальных и нефатальных осложнений ИМ.

¹Файзуллоев Н.Ф., ²Ходжаева Н.М., ³Токмалаев А.К., ²Маджонова М.Дж.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ

¹Национальная академия наук Таджикистана

²Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

³ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Москва, Россия

Цель исследования. Оценка состояния функционально-метаболической активности нейтрофильных лейкоцитов при трехдневной малярии у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 68 больных vivax-малярией в возрасте от 1 года до 14 лет, госпитализированных в Детскую и Городскую клинические инфекционные больницы г. Душанбе, а также в центральную районную больницу А. Джами Хатлонской области Республики Таджикистан. У 22 (32,4%) детей заболевание протекало в легкой форме, у 29 (42,6%) – в среднетяжелой и у 17 (25,0%) больных – в тяжелой форме.

Диагноз трехдневной малярии верифицирован обнаружением *P.vivax* при микроскопическом исследовании периферической крови.

Фагоцитарную активность нейтрофильных лейкоцитов определяли с использованием убитой взвеси *S.aureus*. Определяли процент фагоцитирующих клеток и фагоцитарный индекс. Спонтанный и индуцированный уровень продукции активных форм кислорода оценивали в НСТ-тесте методом спектрофотометрии. Определение катионного белка в лейкоцитах проводили по методике М.Г. Шубича (1974) в модификации Б.С. Нагоева (1983), миело-

пероксидазы – по А. Sato (1925), гликогена – по А.Л.Шабадашу (1947), кислой фосфатазы – с помощью реакции азосочетания по Goldberg и Barka (1962) в модификации В.И. Дудецкого (1970). Динамика исследуемых показателей у больных изучалась в зависимости от тяжести течения и периода заболевания.

Результаты и их обсуждение. При малярийной инфекции изучены показатели микробицидной системы НГ, учитывая их

решающую роль на начальных этапах воспалительного процесса (табл.).

У больных обнаружены некоторые разнонаправленные сдвиги функционально-метаболической активности нейтрофильных гранулоцитов. В период разгара происходит угнетение активности миелопероксидазы ($179,7 \pm 1,3$), снижение содержания интралейкоцитарного катионного белка ($88,4 \pm 2,0$), липидов ($216 \pm 2,5$), гликогена ($149,2 \pm 2,2$), по сравнению с группой контроля.

**Функционально-метаболическая активность лейкоцитов
в динамике заболевания у больных трехдневной малярией (в усл.ед.)**

Исследуемый компонент	Стадии болезни	n	X _{min} – X _{max}	M ± m	P
Миелопероксидаза	Здоровые	30		198,4 ± 1,1	–
	Разгар	45	147 – 200,9	179,7 ± 1,3	<0,001
	Ранняя реконвал.	45	154 – 208,6	188,8 ± 1,6	<0,001
	Поздняя реконвал.	38	161 – 214,4	196,1 ± 1,4	
Щелочная фосфатаза	Здоровые	30	4 – 62	21,3 ± 2,1	
	Разгар	45	20 – 64	30,6 ± 1,9	<0,01
	Ранняя реконвал.	45	17 – 56	28,8 ± 1,3	
	Поздняя реконвалесценция	38	14 – 45	22,1 ± 2,3	
Кислая фосфатаза	Здоровые	30	24 – 72	56,6 ± 1,5	–
	Разгар	45	49 – 90	78,2 ± 3,0	<0,001
	Ранняя реконвал.	45	38 – 77	68,6 ± 2,5	<0,01
	Поздняя реконвал.	38	37 – 72	59,4 ± 2,1	
Катионный белок	Здоровые	30	78 – 142	118 ± 1,8	–
	Разгар	45	76 – 126	88,4 ± 2,0	<0,001
	Ранняя реконвал.	45	82 – 130	90,8 ± 1,3	<0,001
	Поздняя реконвал.	38	86 – 132	104,1 ± 2,5	<0,001
Гликоген	Здоровые	30	144 – 198	164 ± 1,6	–
	Разгар	45	132 – 180	149,2 ± 2,1	<0,001
	Ранняя реконвал.	45	134 – 181	151,4 ± 2,1	<0,001
	Поздняя реконвал.	38	140 – 190	161,1 ± 2,5	
Липиды	Здоровые	30	200 – 268	232 ± 1,3	–
	Разгар	45	188 – 244	216,0 ± 2,5	<0,001
	Ранняя реконвал.	45	196 – 248	219,4 ± 2,0	<0,001
	Поздняя реконвал.	38	196 – 255	227,9 ± 3,1	

Примечание: P – достоверность различий по отношению к здоровым.

Активность кислой и щелочной фосфатаз, напротив, повышается ($78,2 \pm 3,0$ и $30,6 \pm 1,9$ соответственно). Такая же динамика обнаруживается и в периоде ранней реконвалесценции. В периоде поздней реконвалесценции большинство показателей приближается к норме.

Заключение. Нарушения фагоцитарной активности нейтрофилов крови при трехдневной малярии наблюдаются при

тяжелых формах болезни. Максимальные отклонения цитохимических показателей от нормы выявляются на высоте патологического процесса. Снижение уровня катионного белка, гликогена и липидов связано с истощением интралейкоцитарных компонентов в связи с активным процессом фагоцитирования инфицированных эритроцитов макрофагами. Восстановление

показателей микробицидной активности нейтрофильных гранулоцитов в периоде поздней реконвалесценции свидетельствует

о доброкачественном характере нарушений со стороны иммунокомпетентных клеток первой линии защиты.

¹Файзуллоев Ф.А., ²Давлатова С.Н.,

²Таджибаева З.А., ¹Акбаров Ш.З.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗНРТ

²Кафедра детских болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучение особенностей течения врожденных пороков сердца (ВПС) у детей с синдромом Дауна.

Материал и методы исследования. Под наблюдением в НМЦ «Шифобахш» в детском кардио-ревматологическом отделении на стационарном лечении находились 20 детей в возрасте от 1 до 5 лет с врожденными пороками сердца (ВПС), сочетающимся с синдромом Дауна.

Структура обследуемых детей: 10 (50%) человек – имели дефект межжелудочковой перегородки, 4 (20%) – дефект межпредсердной перегородки, 2 (10%) – атриовентрикулярную коммуникацию, 3 (15%) – тетраду Фалло, 1 (5%) – открытый артериальный проток.

Результаты и их обсуждение. При изучении анамнеза возраст матерей составил в среднем 34 года, у 50% из них была выявлена вирусная инфекция на 2-8 неделях беременности. Дети рождались от более $3,5 \pm 1,5$ беременности, 20% детей имели массу тела при рождении в среднем 2250 г. В 80% случаев дети родились доношенными. Нарушение ритма сердца диагностировано у 15%. У детей с ВПС в 60% случаев имела место сердечная недостаточность I ст, 40% случаев - II А ст. Физическое развитие ниже среднего оценено у 40% детей. В нервно-психическом развитии на первом году жизни отставали на 2 эпикризных срока 50% детей. С возрастом у половины детей выявлена грубая задержка нервно-психического развития, в 100% случаев имеются расстройства моторного и психоречевого развития. Из сопутствующей патологии эпилепсия диагностирована у 5% детей, анемия – у 10% и 40%-гипоксическая и ишемическая энцефалопатия, ра-

хит - у 30%. Клиническая характеристика у детей с бледной формой ВПС: задержка психического и физического развития, гипотония мышц, слабость, снижение аппетита, частые повторные рецидивирующие респираторные заболевания, с более длительным течением бронхитов, пневмоний, у 20% больных развивался нейротоксикоз, ДВС-синдром, им проводилась интенсивная терапия в реанимации. Дети получали сердечные гликозиды, препараты калия, метаболитную терапию, инфузионную терапию с форсированием диуреза. У 15% наблюдавшихся больных с тетрадой Фалло отмечались цианоз, слабость, снижение аппетита, задержка нервно-психического развития, плохая прибавка в массе, при аускультации сердца выслушивался грубый систолический шум. Дети с тетрадой Фалло получали плазмотрансфузию, инфузионную терапию, β-адреноблокаторы, препараты калия, антигипоксанты, метаболиты, ноотропы, антиагреганты. Из всех детей прооперированы 10%, 90% направлены для обследования и дальнейшего оперативного лечения в кардиохирургическое отделение.

Заключение. Таким образом, из анамнеза: возраст матерей старше 30 лет, у 50% из них была выявлена вирусная инфекция на 2-8 неделях беременности. У всех детей отмечается задержка нервно-психического развития, при которой требуется наблюдение у невропатологов. Высокий процент сочетания болезни Дауна и ВПС требует детального инструментального обследования всех пациентов с синдромом Дауна после рождения для решения вопроса о своевременной консервативной терапии и, если необходимо, хирургическая коррекция порока.

¹Файзуллоев Ф.А., ²Таджибаева З.А.,
²Давлатова С.Н., ²Разоков Дж.Н.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ
²Кафедра детских болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Диагностика и тактика лечения врожденных пороков сердца у новорожденных детей.

Материал и методы исследования. Проведен сбор анамнеза заболевания детей с ВПС от рождения до 28 дней.

Всем пациентам проведено клиническое обследование, включая электрокардиографию, рентгенографию грудной клетки, эхокардиографию с доплером сердца в роддоме №3 г. Душанбе, Национальном медицинском центре (НМЦ РТ) «Шифобахш» в отделении неонатологии.

Структура врожденных пороков сердца обследованных новорожденных представлена следующими вариантами: дефект межпредсердной перегородки - 21 (19,3%), дефект межжелудочковой перегородки - 68 (62,4%), стеноз легочной артерии - 6 (5,5%), открытый артериальный проток - 5 (4,6%), транспозиция магистральных сосудов - 3 (2,7%), единственный желудочек - 1 (0,9%), гипоплазия левого желудочка - 5 (4,6 %).

Результаты и их обсуждение. В роддоме №3 г. Душанбе в 2013-2014 гг. было зарегистрировано 109 новорожденных с ВПС, из которых 83 - жители города (76%), 26 - жители РРП (24%). Все матери находились в репродуктивном возрасте от 22 до 35 лет. Из 109 детей, рожденных с врожденными пороками сердца, 12 умерли в родильном доме, 23 ребенка переведены на второй этап выхаживания, 79 детей выписаны под наблюдение кардиолога. Так, младенческая смертность в родильных домах составила 7% (среднемировой показатель 9,7 - 11%).

При анализе анамнеза матерей, родивших детей с ВПС, у 65% из них была выявлена вирусная инфекция на 2-8 неделях беременности. Большинство из них принимали лекарства в первую неделю; также 35,5% женщин состояли в родственном браке, еще 35% ранее имели аборт или выкидыш. Большинство матерей больных имели сопутствующую патологию.

Новорожденные дети с бледной формой пороков сердца поступали с жалобами, со слов матери, на быструю утомляемость при кормлении, снижение массы тела. При аускультации выслушивался систолический шум различной интенсивности в зависимости от вида порока сердца.

При синей форме порока сердца отмечается снижение аппетита, затруднение кормления из-за быстрой утомляемости, синюшность кожи и слизистых и усиление их при беспокойстве, снижение массы тела, одышка.

Дети с бледной формой ВПС получали сердечные гликозиды, препараты калия, метаболическую терапию, диуретики. Дети с синей формой ВПС: β-адреноблокаторы, препараты калия, метаболическую, антигипоксантную терапию, при необходимости в/в инфузионную с целью гемодилюции, увлажненный кислород.

Заключение. Правильно и детально собранный анамнез заболевания позволяет спрогнозировать раннюю диагностику врожденного порока сердца у новорожденных, в результате выработать необходимую тактику лечения.

Холов С.С., Шукурова С.М.

КЛИНИКО-ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Сравнение частоты клинических проявлений болезни Бехчета (ББ) у больных разного пола.

Материал и методы исследования. В исследование включено 45 пациентов с ББ (28 мужчин и 17 женщин), наблюдавшихся в ревматологическом отделении НМЦ «Шифобахш» с 2018 по 2021 гг., средний возраст – $33,2 \pm 10,2$ года, медиана длительности ББ – $134,3 [60,0; 192,0]$ мес. (около 11 лет). Все пациенты соответствовали классификационным критериям Международной группы по изучению ББ (ISGBD) (1990) и Международным критериям ББ (ICBD) (2014).

Активность ББ оценивалась по индексу BDCAF (Behcet Disease Current Activity Form), тяжесть – по Ch. Zouboulis. Больные при подозрении на поражение соответствующего органа были осмотрены офтальмологом, неврологом, гастроэнтерологом. Наличие тромбоза или аневризмы сосудов легких или брюшной полости подтверждали данными мультиспиральной компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной (МРТ) томографии с

контрастным усилением. При подозрении на поражение ЦНС выполняли МРТ. Эзофагогастродуоденоскопию/колоноскопию проводили для подтверждения вовлечения ЖКТ.

Результаты и их обсуждение. У мужчин с ББ достоверно выше были активность, степень тяжести заболевания и чаще выявлялся HLA-B5(51)-антиген. Прослежена ассоциация мужского пола с тромбозами глубоких вен и синусов головного мозга, поражением глаз, кожи (псевдопустулез и псевдофолликулит), язвами гениталий, положительным тестом патергии. Полученные данные согласуются с результатами исследований других когорт пациентов – иранской, немецкой, турецкой, в которых у мужчин чаще выявлялись поражения сосудов, кожи и глаз.

Заключение. У пациентов с ББ мужской пол ассоциируется с высокой активностью ББ, тяжелыми органными поражениями и позитивностью по HLA-B5(51)-антигену, что является основанием для назначения иммуносупрессивной терапии мужчинам с ББ на ранних стадиях болезни.

Холова З.У., Меликова Н.А., Ишмирзоев Р.Э.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ НПВП-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Кафедра анатомии и латинской медицинской терминологии имени Я. Рахимова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Анализ признаков диспептического синдрома при НПВП-гастропатии.

Материал и методы исследования. Обследовано 120 больных (89 женщин, 31 мужчина) в возрасте от 18 до 65 лет с различной ревматической патологией. В зависимости от вида НПВП больные разделены на 2 группы: 1 группа – принимавшие селективные НПВП (50 больных), 2 группа – принимавшие неселективные НПВП (70 больных).

Обследование проводилось по специально разработанной индивидуальной карте, которая включала жалобы на момент обследования, вид и длительность приема НПВП, наличие сопутствующей патологии, характер течение до и в момент исследования.

Результаты и их обсуждение. С целью дифференцировки субъективных проявлений нами были выделены 3 группы исследуемых больных: I группа – больные, не предъявляющие жалобы – 25%; II группа – больные, активно предъявляющие жалобы – 22%; III группу составили пациенты, у которых жалобы выявлялись при расспросе – 53%.

Лидирующее место среди субъективных проявлений со стороны ЖКТ, которые возникали у больных РЗ, принимающих НПВП, занимал симптом ГЭР – изжога. Другими наиболее частыми симптомами, возникающими со стороны ЖКТ, были боли и чувство тяжести в эпигастрии, усиливающиеся после приёма пищи. Характеристика болевого синдрома представлена в виде «голодных» и более поздних (после еды) болей. Чаще

наблюдались «голодные боли» в эпигастриальной области (9,1% против 29,1%). Такие симптомы, как запоры и диарея, свидетельствующие о нарушении функции толстого кишечника, суммарно встречались у 21,6% больных.

Как было указано выше, исследуемые нами больные в зависимости от вида НПВП были разделены на II подгруппы: принимавшие С-НПВП (целебрекс, найз) и Н-НПВП (диклофенак, индометацин).

В реальной клинической практике С-НПВП чаще назначаются больным,

имеющим факторы риска развития НПВП-гастропатии. Это могло существенно сказаться на частоте выявляемой патологии и повлиять на оценку влияния этих препаратов на верхние отделы ЖКТ.

Заключение. Применение трёх групп препаратов: H₂-гистаминоблокаторов (ранитидин, фамотидин), ингибитора протонной помпы (омепразол) и синтетического аналога простагландина E (мизопростол) оправдано и необходимо в целях профилактики НПВП-гастропатии при лечении ревматических заболеваний.

Шамсудинов Ш.Н., Авезов С.А., Тошболтаева С.С.

ВЛИЯНИЕ КВЕРЦЕТИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БЕЛЫХ КРЫС С АЛЛОКСАНОВЫМ ДИАБЕТОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН РРТ
ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Сравнительное изучение влияния кверцетина на функциональное состояние печени у белых крыс с аллоксановым диабетом.

Материал и методы исследования. Аллоксангидратовый сахарный диабет (АСД) вызывали подкожным введением свежеприготовленного 10% раствора аллоксангидрата («Хемапол», ЧСФР) в дозе 100 мг/кг массы голодавшим в течение 8-10 часов животным (В.Г. Баранов и соавт., 1983).

Опыты проводили на 100 белых крысах-самцах. Изучаемые препараты вводились внутривентрикулярно, начиная с первых суток инъекции аллоксангидрата и в последующем ежедневно в течение двух месяцев.

Экскреторную функцию печени оценивали с помощью бромсульфаленовой пробы (БСП) по методике В.Н. Тугариновой и соавт. (1966) в модификации Ю.Н. Нуралиева и соавт. (1975) для мелких лабораторных животных. Контрольным и опытным крысам внутривентрикулярно вводили бромсульфалеин в дозе 100 мг/кг массы. Через 10 и через 30 мин. от начала введения краски у крыс из нижней десны брали 0,4 мл крови, которую сразу же смешивали с буферным раствором. Концентрацию БСП в пробах определяли на ФЭКе М-56.

Антиоксидантная функция печени оценена по продолжительности барбитурового

сна (50 мг/кг массы внутривентрикулярно).

Опыты проведены на 100 белых крысах самцах, массой 140-180 г. Животные были распределены на 5 серий: 1 - интактные; 2 - контрольные (нелеченные) крысы с аллоксановым диабетом; 3 - животные с аллоксановым диабетом, получавшие внутривентрикулярно кверцетин в дозах 50 мг/кг массы ежедневно в течение 2-х месяцев; 4 - серия - крысы с аллоксановым диабетом, получавшие по этой схеме соответственно хлорпропамид в дозах 50 мг/кг массы; 5 - животные с аллоксановым диабетом, получавшие глибенкламид в дозе 5 мг/кг массы.

Результаты и их обсуждение. Как известно, в клинике сахарного диабета значительное место занимают нарушения функционального состояния печени. При возникновении экспериментального сахарного диабета у животных уже в ранних стадиях наблюдаются биохимические изменения, указывающие на патологические сдвиги в гепатоцитах.

Одним из приоритетных направлений современной фармакологии, биохимии и эндокринологии является поиск и разработка новых эффективных лекарственных средств для лечения сахарного диабета не только синтетического происхождения, но и препаратов растительного происхождения с более широким спектром действия.

На втором месяце после введения аллоксангидрата у нелеченных животных отмечалось накопление бромсульфалеина в крови и удлинение продолжительности барбамилового сна, что указывает на нарушение экскреторной и антитоксической функций печени.

На 10-ой минуте концентрация бромсуль-

фалеина составила $17,7 \pm 1,6$ мг%. Данный показатель после 30 мин составил $55,3 \pm 6,8$ мг%, данные были на 50-70% выше, чем у интактных животных. У интактных животных данные показатели после 10 минут введения бромсульфалеина составил $11,6 \pm 0,8$ мг%, после 30 минут - $7,3 \pm 0,6$ мг%. (табл. 1).

Таблица 1

Влияние кверцетина на экскреторную и антитоксическую функции печени у белых крыс с аллоксановым диабетом

Серия опытов и дозы на кг массы	Концентрация бромсульфалеина в крови, мг%		Продолжительность барбамилового сна
	через 10 мин	через 30 мин	
1. Интактные	$11,6 \pm 0,8$	$7,3 \pm 0,6$	$87,4 \pm 6,4$
2. Контрольные	$17,7 \pm 1,6$ $0,01$	$55,3 \pm 6,8$ $0,05$	$142,2 \pm 8,2$ $0,001$
3. Кверцетин 50 мг	$13,2 \pm 2,4$	$9,1 \pm 0,9$ $0,05$	$95,4 \pm 7,2$ $0,01$
4. Хлорпропамид 50 мг	$15,4 \pm 1,6$	$10,8 \pm 2,4$	$128,3 \pm 8,1$
5. Глибенкламид 5 мг	$14,9 \pm 2,3$	$11,5 \pm 1,6$	$95,4 \pm 7,2$ $0,05$

Таблица 2

Влияние кверцетина на активность трансаминаз в сыворотке крови белых крыс с аллоксановым диабетом

Серия опытом и дозы на кг /массы	АлАТ, нмоль/(с.л)	АсАТ, нмоль/(с.л)
1. Интактные	$238 \pm 16,9$	$159,4 \pm 14,5$
2. Контрольные	$470,0 \pm 41,8$ $0,001$	$563,5 \pm 47,6$ $0,001$
3. Кверцетин 50 мг	$310,5 \pm 31,7$ $0,05$	$324,6 \pm 42,8$ $0,01$
4. Хлорпропамид 50 мг	$392,7 \pm 55,4$ $0,5$	$340,6 \pm 67,8$ $0,1$
5. Глибенкламид 5 мг	$337,5 \pm 43,5$ $0,05$	$298,3 \pm 54,8$ $0,01$

У белых крыс, получивших кверцетин в дозе 50 мг/кг массы, на фоне аллоксанового диабета активность АлАТ составила $310,5 \pm 31,7$, АсАТ - $324,6 \pm 42,8$ нмоль/(с.л), что было на 34% и 42,4% ниже, чем у нелеченных крыс. У экспериментальных животных, получивших хлорпропамид в дозе 50 мг/кг активность

АлАТ составила $392,7 \pm 55,4$, АсАТ - $340,6 \pm 67,8$ нмоль/(с.л); глибенкламид в дозе 5 мг/кг - АлАТ $337,5 \pm 43,0$, АсАТ $298,3 \pm 54,8$ нмоль/(с.л).

Наиболее высокие показатели АлАТ и АсАТ были у животных с аллоксановым диабетом, которые получали хлорпропамид.

Заключение. Таким образом, нарушенное функциональное состояние печени у животных с экспериментальным сахарным диабетом при двухмесячном внутрижелудочном введении кварцетина имеет тенденцию к улучшению.

У леченных крыс с помощью кварцетина содержание бромсульфалеина после 10 мин составило $13,2 \pm 2,4$ мг%, после 30 минут - $9,1 \pm 0,9$ мг%, где концентрация бромсульфалеина в сыворотке крови была на 33,8-85% ниже, чем в контроле.

На фоне аллоксанового диабета у белых крыс, получавших хлорпропамид в дозе 50 мг/кг, концентрация бромсульфалеина после 10 мин введения составила $15,4 \pm 1,6$ мг%, после 30 мин - $10,8 \pm 2,4$ мг%. Таковую же картину наблюдали у экспериментальных животных, получивших глибенкламид в дозе 5 мг/кг массы тела. Данный показатель после 10 мин составил $14,9 \pm 2,3$ мг%, после 30 мин - $11,5 \pm 1,6$ мг%. Из полученных результатов видно, что введение кварцетина в дозе 50 мг/кг массы, по сравнению с хлорпропамидом и глибенкламидом, по отношению снижения бромсульфалеина было на 14-18% эффективнее.

У intactных белых крыс продолжительность барбамилового сна составила $87,4 \pm 0,4$ минуты. У контрольных крыс на фоне аллоксанового диабета продолжительность барбамилового сна составила $142,2 \pm 8,2$ мин., что было на 62,7% больше, чем у intactных крыс. Достоверное укорочение продолжительности барбамилового сна наблюдалось у всех леченных животных, кроме крыс, получавших хлорпропамид.

Продолжительность барбамилового сна у животных с аллоксановым диабетом, леченных кварцетином, составила $95,4 \pm 7,2$ мин., хлорпропамидом - $128,3 \pm 8,1$ мин., глибенкламидом - $95,4 \pm 7,2$ мин., т.е. укорочение на 33%, 9,8 и 33% соответственно, по сравнению с контрольными крысами.

Определение активности ферментов аланин- и аспартатаминотрансферазы (АлАТ, АсАТ) в сыворотке крови также указывало на нарушение функционального состояния печени у крыс с аллоксановым диабетом.

У intactных крыс активность АлАТ - $238 \pm 16,9$, АсАТ - $159,4 \pm 14,5$ нмоль/(с.л). У нелеченных крыс активность АлАТ составила $470,0 \pm 41,8$, АсАТ - $563,5 \pm 47,6$ нмоль/(с.л), что было в 2,0 и 3,6 раза больше, чем у intactных крыс (табл. 2).

Шамсудинов Ш.Н., Мирзоев О.Н., Тошболтаева С.С.

ВЛИЯНИЕ СУХОГО ЭКСТРАКТА РОДИОЛЫ ХОЛОДНОЙ НА ЛИПИДНЫЙ И БЕЛКОВЫЙ ОБМЕН У БЕЛЫХ КРЫС С АЛЛОКСАНОВЫМ ДИАБЕТОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН РТ
ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучение влияния сухого экстракта родиолы холодной (СЭРХ) на липидный обмен у белых крыс с аллоксановым диабетом.

Материал и методы исследования. Аллоксангидратовый сахарный диабет (АСД) вызывали подкожным введением свежеприготовленного 10%-го раствора аллоксангидрата («Хемапол», ЧСФР) в дозе 100 мг/кг массы голодавшим в течение 8-10 часов животным (В.Г. Баранов и соавт., 1983).

Опыты проводили на 100 белых крысах-самцах. Изучаемые препараты, вводились внутрижелудочно, начиная с первых суток инъекции аллоксангидрата и в последующем ежедневно в течение двух месяцев.

Животные были распределены на 5 серий: 1 - intactные; 2 - контрольные (нелеченные)

крысы с аллоксановым диабетом; 3 - животные с аллоксановым диабетом, получавшие внутрижелудочно сухой экстракт родиолы холодной (СЭРХ); 4 - животные с аллоксановым диабетом, получавшие хлорпропамид в дозах 50 мг/кг массы; 5 - животные с аллоксановым диабетом, получавшие глибенкламид в дозе 5 мг/кг массы.

У белых крыс с аллоксановым диабетом через 2 месяца от начала заболевания наблюдалось повышение концентрации холестерина (в 2,2 раза), β -липопротеидов (в 2,6 раза) и триглицеридов (на 64 %) в сыворотке крови (табл. 1). Ежедневное введение СЭРХ в изучаемых дозах вызвало достоверное снижение содержания липидов в крови. Под влиянием СЭРХ в дозе 50 мг/кг содержание общего жира снизилось на 24%, холестерина - на 41,6%, бе-

та-липопротеидов – на 38,2%, триглицеридов – на 17,4%. Активное гипохолестеринемическое воздействие также проявил глибенкламид. Внутривенное введение глибенкламида

в дозе 5 мг/кг снижало содержание общих липидов на 14,8%, холестерина – на 41,8%, β -липопротеидов – на 36,6% и триглицеридов – на 21,7%.

Таблица 1

Влияние сухого экстракта родиолы холодной (СЭРХ) на липидный обмен у белых крыс с аллоксановым диабетом

Серия опытов и дозы на кг массы	Общий жир, г/л	Холестерин, ммоль/л	Бета-липопротеиды, ммоль/л	Триглицериды, ммоль/л
Интактные	2,06±0,23	2,83±0,14	0,54±0,2	2,38±0,15
Контрольные	<u>3,78±0,38</u> 0,01	<u>6,31±0,42</u> 0,001	<u>1,39±0,14</u> 0,001	<u>3,90±0,21</u> 0,001
СЭРХ 50 мг	<u>2,86±0,20</u> 0,05	<u>3,68±0,47</u> 0,01	<u>0,86±0,07</u> 0,01	<u>3,22±0,21</u> 0,05
Хлорпропамид 50 мг	3,30±0,21	<u>4,75±0,29</u> 0,05	<u>0,96±0,11</u> 0,05	3,58±0,25
Глибенкламид 5 мг	3,22±0,17	<u>3,67±0,40</u> 0,01	<u>0,88±0,10</u> 0,01	<u>3,05±0,21</u> 0,05

Наибольшее снижение концентрации данных липидов отмечалось под влиянием СЭРХ, что по силе эффекта превосходит на 15-20% действие хлорпропамида и глибенкламида.

При исследовании обмена белков у контрольных крыс с аллоксановым диабетом отмечено незначительное снижение концентрации общего белка (4,7%), альбуминов (на 12,7%), повышение концентрации α -1 (на 11,5) и бета-глобулинов (на 17,4%), по сравнению

с интактными животными (табл. 2). За счет этих сдвигов достоверно снижался альбумино-глобулиновый коэффициент (А/Г), который является наиболее информативным показателем. Стабилизация соотношения альбуминов и глобулинов отмечалась лишь у белых крыс, леченных СЭРХ-ом. У животных с аллоксановым диабетом, получавших хлорпропамид и глибенкламид А/Г коэффициент был даже ниже, чем у здоровых крыс.

Таблица 2

Влияние сухого экстракта родиолы холодной (СЭРХ) на обмен белков у белых крыс с аллоксановым диабетом

Серия опытов и дозы на кг массы	Общий белок, г/л	Белковые фракции %					А/Г
		альбу- мины	глобулины				
			α 1	α 2	β	гамма	
Интактные	55,4±3,7	48,8±2,1	7,8±0,5	10,4±0,4	14,3±0,8	18,1±1,5	0,95±0,05
Контрольные	52,8±4,3	42,6±3,2	8,7±0,3	10,7±0,6	16,8±1,0	18,8±0,8	0,74±0,05
СЭРХ 50 мг	50,8±2,8	44,5±4,2	8,7±0,4	11,2±0,3	19,9±1,6	15,5±0,8	0,80±0,04
Хлорпропамид 50 мг	48,7±2,7	41,3±2,8	9,6±0,5	11,4±0,5	18,7±1,0	18,8±0,9	0,70±0,02
Глибенкламид 5 мг	48,3±2,8	39,4±4,0	9,7±0,8	11,5±0,9	21,0±1,5	18,3±0,6	0,65±0,05

Заключение. Таким образом, под влиянием СЭРХ в дозе 50 мг/кг и глибенкламида в дозе 5 мг/кг достоверно снижается концентрация общих липидов, содержание холестерина, бета-липопротеидов и триглицеридов. Намного

слабее на обмен липидов действует хлорпропамид в дозе 50 мг/кг. СЭРХ и кверцетин в изучаемых дозах также положительно влияют на синтез альбуминов и глобулинов в организме крыс с аллоксановым диабетом.

Shukurova S.M., Holov S.S., Zoidova F.M.

DIAGNOSTIC APPROACH OF BEHCET'S DISEASE IN TAJIKISTAN

Department of Therapy and Cardio-Rheumatology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Aim. Determine the diagnostic approach of Behcet's disease in the population of Tajikistan.

Material and methods of the study. The study included 25 patients aged 20-40 years (the average age $25,6 \pm 7,2$), who appealed for the medical aid to the Fifth City Clinical Hospital and the National Medical Center in Dushanbe city with the determined Behcet's diseases. Verification of the diagnosis was carried out according to criteria developed by the International group for the study of Behcet Disease (International Study Group for Behcet's Disease, 1990). Data were evaluated through the general clinical examination methods.

The results of the study. Republic of Tajikistan is a mountainous landlocked country in Central Asia, which borders with Afghanistan to the south and China to the east and was a part of the Silk route in past. The rheumatic diseases affection rise in the population of Tajikistan was noticed during the medical statistics data preliminary analysis in 2010. Where, the early Behcet's diseases diagnostics issue was detected as the most problematic area. The evidence of this fact is late acquisition forms of the disease that causes young aged persons disability.

The majority of patients are young age persons: 20-25 years in 76,5% of cases, age 35 – 40 in 23,5%. From the total amount there are 5 (20%) women, and 20 men (80%) affected. During the disease his-

tory taking we found out that the debut of illness was detected in 17-18 years, and in 70% of cases it started from the eye inflammatory processes such as uveitis, conjunctivitis, iridotcyklitis. In 25% of cases the disease began from the nodular erythema and stomatitis were noticed in 65% of cases. More than 80% of patients complied for the combined defeat of the eyes and mouth. Also we observed that the delayed diagnosis of ocular manifestations in the absence of pathogenic therapy led to significant reduction of view, leading to blindness within 2-3 years from the onset of the disease (75%). In case of early diagnostics in 25% of patient's sight was saved. It is also worth noting that out of 25 surveyed patients seven received disability group on health.

Conclusion. The biggest challenge of the Behcet's disease in the population of Tajikistan is late diagnosis. As the debut of Behcet's disease has a variety of clinical manifestations that brings to the late diagnosis and the deterioration of the disease prognosis. Late diagnosis is a matter of local doctors' unawareness and patients' late appealing for special assistance as well.

Therefore, the development of the interdisciplinary network for the Behcet's diseases early diagnosis and appropriate management should be priority for the population of Tajikistan.

Шукурова С.М., Файзуллоев А.И.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Определить факторы риска развития острой декомпенсацией сердечной недостаточности (ОДСН) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы исследования. В условиях кардиологического отделения было зарегистрировано в течение 8 мес. 129 больных с ОДСН, из них 59 (45,7%) больных с СД 2 типа.

В исследование было включено 117 больных ОДСН, которые были разделены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия СД 2 типа. Первую группу составили 49 (41,9%) больных с СД 2 типа, вторую — 67 (55,9%) без СД 2 типа.

ОДСН верифицировали на основании быстрого нарастания симптомов и признаков ги-

поперфузии и застоя, что потребовало экстренной госпитализации и инотропной поддержки и/или внутривенной диуретической терапии.

В первые 48 ч от начала госпитализации проводилась эхокардиография (ЭхоКГ), определялись концентрация N-терминального фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) и креатинина крови, рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации.

Результаты и их обсуждение. Распространенность СД 2 типа среди больных с ОДСН по обращаемости в кардиологический стационар составила 45,7%. Факторами риска развития ОДСН для больных СД 2 типа явились диабетический кетоацидоз ($p=0,002$), гипертонический криз ($p=0,017$), острый коронарный синдром в анамнезе ($p=0,048$),

фибрилляция предсердий ($p=0,030$), хроническая болезнь почек ($p=0,003$), пневмония ($p=0,035$), нарастание хронической анемии ($p=0,049$), низкая частота применения бета-адреноблокаторов ($p<0,001$).

Ремоделирование сердца при ОДСН у больных СД 2 типа отличается преимущественно сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), тяжелой диастолической дисфункцией ЛЖ (ДД ЛЖ) и выраженной гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ).

Заключение. Развитие ОДСН у больных СД 2 типа взаимосвязано с множественными факторами риска и характеризуется выраженными признаками застоя, высокой потребностью в диуретической терапии, преимущественно сохраненной ФВ ЛЖ в сочетании с тяжелой ДД ЛЖ и ГЛЖ.

Юнусбаева М.Ш., Икромов Т.Ш., Асламова Г.К.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Изучить результаты антибактериальной терапии при пневмонии у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. В амбулаторных условиях нами были анализированы результаты антибактериальной терапии при пневмонии у 26 детей. Возраст детей в среднем составил 3 года (от 3 до 5 лет). В 1 группу входило 13 детей, получивших в качестве антибактериальной терапии цефалоспориновый антибиотик III поколения цефотаксим. Во 2 группе 13 детей получили антибактериальный препарат группы полусинтетических пенициллинов широкого спектра действия - ампициллин.

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения пневмонии у детей в обеих группах, различавшихся схемами терапии, показали различные эффекты. Основными клиническими проявлениями у всех пациентов были повышение температуры тела, кашель, выделение мокроты, одышка, вялость, нарушение аппетита, уменьшение массы тела.

Дозы цефотаксима для комплексного лечения пневмонии подбирались строго индивидуально от возраста ребенка по 50-100 мг на кг массы тела/сутки с промежутками

введения от 6 до 12 часов. Длительность внутримышечного введения составляла от 5 до 7 дней в зависимости от клинического состояния пациента и менялась в зависимости от течения болезни.

Дозирование ампициллина также рассчитывали в зависимости от возраста ребенка, в суточной дозе 50-100 мг/кг. Суточную дозу делили на 4 приема с интервалом 4-6 часов. Продолжительность лечения ампициллином была 10 ± 2 дней в зависимости от состояния больных детей и клинического ответа на лечение.

Критерием оценки эффективности было улучшение дыхания, снижение температуры тела и выделение мокроты, продуктивность кашля и уменьшение приступов обструкции бронхов.

У всех больных первой группы, которые получили препарат цефотаксим, была отмечена положительная клиническая динамика уже в течение 3 суток. Улучшение состояния больных выразилось в виде нормализации температуры тела, спокойствия, уменьшения приступов одышки и кашля, появления аппетита. Со стороны анализа крови показатели форменных элементов нормализовались (лейкоциты и СОЭ).

Закключение. Таким образом, цефалоспориновый антибиотик III поколения цефотаксим обладает широким спектром про-

тивомикробного воздействия, что позволяет его применение в терапии бронхолегочных заболеваний у детей.

Янгибаева Б.У.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

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

Цель исследования. Изучить функциональное состояния вегетативной нервной системы у детей в зависимости от тяжести железодефицитной анемии.

Материал и методы исследования. Для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы обследовано 94 ребенка с различной степенью тяжести железодефицитной анемией в возрасте от 6 месяцев до 12 лет и 32 практически здоровых ребенка контрольной группы такого же возраста. Все обследованные дети были разделены на две группы в зависимости от возраста. I группу составили 54 ребенка с железодефицитной анемией различной степени тяжести. Во II группу вошли в возрасте от 6 месяцев до 3 лет и 40 детей с различной степенью тяжести железодефицитной анемии в возрасте от 3 до 12 лет. Группу контроля составили 16 детей от 6 месяцев до 3 лет и 16 пациентов от 3 до 12 лет.

Обследование включало: изучение исходного вегетативного тонуса (ИВТ) по анкетепроснику А.М. Вейна в модификации Н.А. Белокопя с соавт. (1987) и кардиоинтервалографии (КИТ) в положении лежа; вегетативной реактивности (ВР) по результатам КИТ с проведением клиноортостатической пробы (КОП); вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) по данным КОП.

Результаты и их обсуждение. При оценке исходного функционального состояния вегетативной нервной системы в структуре ИВТ во II группе детей (3 - 12 лет) с железодефицитной анемией в 1,7 раза чаще, по сравнению с контрольной группой, регистрировалась симпатикотония. При легком течении анемии симпатикотония встречалась у 22,7% детей, при среднетяжелой - у 30%, а при тяжелой - у большинства детей 62,5%. При анализе состояния ИВТ у детей I группы (6 мес. - 3 года) было установлено преобладание исходной симпатикотонии как у большинства детей с

железодефицитной анемией (легкой, средней и тяжелой степеней), так и у здоровых детей, что было обусловлено возрастными особенностями функционирования ВНС у детей раннего возраста. Наиболее информативным в оценке состояния вегетативной нервной системы у детей обеих групп был показатель вегетативной реактивности. Таким образом, у пациентов II группы (3-12 лет) с железодефицитной анемией установлена зависимость характера распределения вегетативной регуляции от тяжести заболевания. При этом с увеличением степени тяжести анемии от легкой до средней и тяжелой уменьшалось число детей с нормальной ВР при сравнении с контрольной группой детей (52,9%; 22,7%; 20,0% и 12,5% соответственно).

В целом, гиперсимпатико-тоническая вегетативная реактивность у всех детей I группы с железодефицитной анемией регистрировалась в 46,3%, что в 1,5 раза чаще, по сравнению с контрольной группой (31,3%). Частота нормальной реактивности вегетативной системы у детей с железодефицитной анемией отмечалась в 2 раза реже, по сравнению со здоровыми ($p < 0,05$). Так при тяжелой форме заболевания частота регистрации её составила 26,7%, при среднетяжелой форме (35,7%), а при легком течении 52,0%.

Закключение. Адаптивные реакции сердечно-сосудистой системы у детей с ЖДА характеризуются стадийностью и зависят от степени тяжести заболевания. При этом у пациентов с ЖДА установлены признаки активации компенсаторных механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы: активация симпатической нервной системы, мобилизация центрального контура регуляции ритма сердца, ослабление парасимпатических влияний и гуморального канала регуляции ритма сердца, что подтверждается увеличением АМо, ИН, ВНР и увеличением доли детей с асимпатико-тонической ВР.

РАЗДЕЛ III

ХИРУРГИЯ

Исмоилов А.А., Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г.Г.

СТРУКТУРНАЯ ОЦЕНКА ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Проанализировать причины неудовлетворенности пациентов при оказании стоматологической ортопедической помощи с использованием дентальных имплантатов.

Материал и методы исследования. Из 850 пациентов с имплантационными протезами, пришедших в 2018-2021 гг. в стоматологическую клинику «Smile» (соответственно 246, 240, 201 и 163), у 82 из них (48 женщин и 34 мужчин) были выявлены различные жалобы протетического и имплантационного характера. Этим пациентам ранее в разных стоматологических учреждениях г. Душанбе было установлено 382 винтовых дентальных имплантата, из которых 218 – на верхней челюсти и 164 – на нижней.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что с 2018 по 2021 г. число пациентов, обратившихся с жалобами после протезирования на дентальных имплантатах, достоверно увеличилось. Так, из общего числа лиц, пришедших к специалистам с разными жалобами (82 чел.), пациентов данной категории в 2018 г. было 14 (17,1%), в 2019 г. – 20 (24,4%), в 2020 г. – 23 (28,1%), а в 2021 г. – 25 (30,5%).

По возрасту обратившиеся с жалобами пациенты распределились следующим образом: в 2018 г. наибольшую группу составили лица в возрасте 40-49 лет (9,8%) при значениях 4,9% и 6,1% в возрастных группах 30-39 и старше 50 лет. В 2019 году наиболее многочисленную группу составили лица в возрасте 50 лет и старше (9,8%), промежуточное положение занимали пациенты в возрастных группах 20-29 лет (1,2%), 30-39 (6,1%) и 40-49 лет (6,1%). В 2020 году в 4,9% случаев 30-39-летние пациенты обращались с жалобами после имплантационного протезирования, в последующих возрастных группах усредненное значение исследуемого показателя составило 9,8% соответственно в возрасте 40-49 и старше 50 лет.

Проведенный анализ показал, что за исследуемый период (с 2018 по 2021 гг.) общее количество предъявленных жалоб у 82 пациента, пришедших к нам в клинику, составило 169. Наиболее частыми из них явились жалобы на неплотное смыкание зубных рядов (43 жалобы, 25,4%), затрудненное пережевывание пищи – 31 жалоба (18,3%) и эстетические нарушения – 14 жалоб (8,3%).

Результаты проведенного анализа относительно причин неудовлетворенности пациентов при протезировании на дентальных имплантатах в целом свидетельствуют о том, что наиболее частой жалобой является неплотное смыкание зубных рядов, что, на наш взгляд, связано с недостаточным определением окклюзионных взаимоотношений. Среди других наиболее часто встречающихся жалоб – затрудненное пережевывание пищи и эстетические нарушения. Все жалобы пациентов после имплантационного протезирования после клинического осмотра и анализа диагностических моделей нами были признаны обоснованными.

Заключение. В ходе анализа выявлено большое количество ошибок при лечении пациентов с использованием дентальных имплантатов в качестве опор для ортопедических конструкций. Основные нарушения были допущены в период диагностики: врачами был получен неполный объем данных; в большинстве случаев не было проведено предварительное планирование и изготовление временных ортопедических конструкций; врачи не предлагали пациентам альтернативных вариантов ортопедической помощи; не проводилось изучение приверженности данному виду ортопедической стоматологической помощи, что проявилось в незнании пациентами мер гигиены и правил пользования ортопедическими конструкциями.

Бободжонов Дж.Н., Шарипов Г.Н., Хакимзода Б.Х., Саидов М.М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХ МЕТОДИК ИССЕЧЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ АБДОМИНОПЛАСТИКЕ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Сравнительная оценка двух методик выделения и иссечения тканей при абдоминопластике с использованием обычного скальпеля с металлическим лезвием и электрокоагуляционного скальпеля.

Материал и методы исследования. Материал исследования составили 56 больных, обратившихся в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе за период с 2015 по 2021 годы, которым было выполнено хирургическое удаление подкожно жировой клетчатки с излишками кожи в области передней брюшной стенки. Средний возраст больных составил $35 \pm 4,3$ года. Подавляющее большинство больных - 51 (91,1%) - относились к лицам женского пола.

Всем больным проводились стандартные методики исследования, включавшие антропометрию, функцию внешнего дыхания, снятие электрокардиограммы, врачебный осмотр.

Результаты и их обсуждение. Все больные были разделены на две клинические группы: в I группу вошли 40 пациентов, которым проводилась абдоминопластика с иссечением и выделением тканей скальпелем с металлическим лезвием, во II клиническую группу вошли 11 больных, которым операция была проведена с использованием электрокоагуляционного скальпеля. Среднее время проведения операции в I клинической группе было $193 \pm 24,2$ минуты, во II клинической группе - $156 \pm 19,2$ минуты.

Использование электрокоагуляционного ножа значительно снижало время проведе-

ния операции, в частности за счёт устранения необходимости коагуляции сосудов малого диаметра. Однако при его применении значительно чаще отмечалось повреждение апоневроза, что хуже сказывалось на общем качестве операции. Кроме того, ожоговая рана заживала намного позднее, чем при использовании обычного лезвия. Если в I группе средний срок снятия швов составлял $13,2 \pm 2,3$ суток, то во II клинической группе - $15,9 \pm 4,2$ суток.

Дополнительно стоит отметить более длительный период заживления послеоперационных ран в группе при использовании электроножа. Если в первой группе средний период амбулаторного ведения пациентов (перевязки, проведение дополнительных манипуляций, введение дополнительных лекарственных веществ в зону проведения операции для улучшения кровоснабжения и так далее) составил $7,2 \pm 1,2$ дня, то во второй группе этот срок увеличивался до $9,4 \pm 1,4$ дней. Применение термического фактора хотя и более удобно в техническом плане, имеет ряд недостатков, которые включают более длительный период пребывания в стационаре и большие интраоперационные риски.

Заключение. Таким образом, несмотря на временные преимущества использования электрокоагуляционного ножа в абдоминопластике, безопасность и более лучшее заживление диктуют использование старых, но проверенных методик. Дальнейшее совершенствование электроножа и технологий позволят избежать таких осложнений и увеличить распространение более удобной методики в реконструктивно-пластической хирургии.

¹Гаибова З.В., ²Неъматзода О., ²Давлатова Р.К., ²Рахмонов Дж.К.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить результаты одномоментной реваскуляризации при сочетанных поражениях коронарных артерий и сосудов нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Изучены результаты опыта применения гибридного подхода у 23 пациентов, которым были выполнены одномоментная реваскуляризация коронарных артерий и операции по поводу хронической ишемии нижних конечностей. Мужчин было 21 (91,3%), женщин – 2 (8,7%). Средний возраст составил $58,4 \pm 2,2$ лет. У 10 (43,5%) пациентов имела III степень хронической ишемии, у 13 (56,5%) – IV степень по классификации Fonten - A.B. Покровского. У 21 (91,3%) пациента диагностировано значимое поражение ветвей левой коронарной артерии с соответствующей клиникой стенокардии, в 2 (8,7%) наблюдениях отмечалось поражение правой коронарной артерии. Инфаркт миокарда в анамнезе имел место у 13% пациентов.

Все пациенты первично были осмотрены сотрудниками кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ и в связи с прогрессированием стенокардии были направлены в РНЦССХ для проведения коронарографии и возможного стентирования.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях первым этапом проводилась реваскуляризация миокарда путем стентирования передней межжелудочковой артерии (у 10 пациентов), огибающей артерии (в 5 случаев) и в 6 наблюдениях – реваскуляризация обеих артерий. При поражениях правой коронарной артерии (n=2) были имплантированы по 2 стента. В общем, 23 пациентам был имплантирован 31 стент в коронарные артерии.

При сопутствующем поражении почечных артерий операции на сосудах нижних

конечностей выполнены после эндоваскулярной коррекции почечного кровотока.

Тип эндоваскулярной процедуры и вид открытой хирургической реконструкции на нижних конечностях зависели от уровня и протяженности поражения и тяжести ишемии. В основном пациентам были выполнены бедренно-подколенное аутовенозное шунтирование (n=16) с установкой стента в общую (n=3) подвздошную артерию и ангиопластика артерий голени (n=13). В 3 наблюдениях производили эндартерэктомию из бифуркации бедренной артерии с установкой стента в подвздошную артерию и ангиопластика артерий голени. В четырех наблюдениях было выполнено бедренно-бедренное аутовенозное шунтирование с баллонной ангиопластикой подколенной артерии и артерий голени.

При проведении гибридных операций технический успех был достигнут в 95,7% случаев. Лодыжечно-плечевой индекс после операций возрос с $4,44 \pm 1,18$ до $7,86 \pm 0,24$ ($p=0,007$). Клиническое состояние улучшилось значительно (3 – по категории Рутерфорда). Послеоперационные осложнения отмечены в одном случае (нагноение раны), летальный исход отмечен так же в одном наблюдении. В сроки до 36 месяцев после операций все бассейны оперированных сосудов были проходимы.

Заключение. Технология гибридных операций при мультифокальных сосудистых поражениях является высокоэффективным методом, имеющим хорошие ближайшие и средне-отдаленные результаты. Такие преимущества «гибридных» операций, как малая травматичность, относительно короткое время операции, возможность коррекции нескольких сосудистых поражений в один этап позволяют улучшить результаты лечения пациентов с тяжелыми формами диабетической макроангиопатии.

Глуценко В.А., Мацнева М.А., Розенгард С.А., Рязанкина А.А.

КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н.Н. Петрова», Россия

Цель исследования. Улучшить результаты предоперационной подготовки пациентов с железодефицитной анемией.

Материал и методы исследования. Обследовано 44 пациентки онкогинекологического профиля с железодефицитной анемией.

ей. Первую группу составили 13 пациенток с уровнем гемоглобина 70-80 г/л; вторую – 16 пациенток с уровнем гемоглобина 80-90 г/л; третью – 15 пациенток с гемоглобином 90-110 г/л. Возраст от 35 до 76 лет. По возрасту, сопутствующей патологии и объемам оперативного вмешательства пациентки всех групп сравнимы.

За две недели до операции, на амбулаторном этапе, вводился внутривенно карбоксимальтозат железа (Ферринжект®), дважды по 1000 мг один раз в неделю.

Результаты и их обсуждение. Во всех группах перед операцией удалось увеличить в среднем уровень гемоглобина на 20 г/л в сравнении с исходным. Прирост гемоглобина начинался уже на 7 сутки от первого введения карбоксимальтозата железа. Выявлена тен-

денция к ускоренному приросту гемоглобина в первой группе в сравнении со второй и третьей группами. У всех пациенток удалось отказаться от гемотрансфузии в качестве коррекции анемии в предоперационном периоде. В ходе операции гемотрансфузия выполнялась у трёх пациенток первой группы и у двух пациенток из второй группы. Из осложнений терапии: в двух случаях отмечалось чувство жара на введение карбоксимальтозата железа, в одном случае возник флебит в месте введения препарата.

Заключение. Таким образом, применение карбоксимальтозата железа за две недели до операции в общей дозе до 2000 мг позволяет увеличить уровень гемоглобина в среднем на 20 г/л и уменьшает вероятность проведения гемотрансфузий.

Глуценко В.А., Розенгард С.А., Рязанкина А.А.

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ЧРЕСКОЖНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОТОМИИ

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова», Россия

Цель исследования. Исследовать безопасность методик чрескожной дилатационной трахеотомии у онкологических пациентов отделения реанимации.

Материал и методы исследования. В период с 2017 г. по апрель 2022 г. в клинике ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова были выполнены 102 чрескожные дилатационные трахеотомии у онкологических больных в отделении реанимации. Их истории болезни были ретроспективно изучены и проанализированы.

Средний возраст прооперированных пациентов составил 50,3 года, среди них 12 детей и 90 взрослых. Самому младшему пациенту на день выполнения трахеотомии было 2 года, самому старшему – 85 лет. Среди оперированных пациентов было 19 (18,6%) больных онкогематологического профиля с выраженными нарушениями гемостаза. У 81 (79,4%) пациента чрескожная дилатационная трахеостомия была выполнена по методике Григза (в модификации НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко), у 21 (20,6%) - по методике Ciaglia, из них у 9 (8,8%) с использованием дилататора Percutwist Rush (методика вкручивания) и у 12 (11,7%) – дилататора Blue Rhino (метод

единого дилататора). Операция проводилась под фибробронхоскопическим контролем в условиях тотальной внутривенной анестезии и миоплегии. У пациентов детского возраста использовалась только методика Григза. 5 (4,9%) больным выполнялась повторная трахеостомия.

Результаты и их обсуждение. Традиционно для выполнения трахеостомии использовались открытые методики, однако в последние десятилетия эти подходы встречаются все реже вследствие внедрения в практику чрескожной дилатационной трахеотомии (ЧДТ).

Основным показанием к выполнению трахеотомии была необходимость в проведении длительной искусственной вентиляции легких в связи с тяжелым состоянием. В качестве противопоказаний к выполнению ЧДТ указываются нестабильное повреждение шейного отдела позвоночника, заболевания системы крови с клиническими проявлениями коагулопатии, тромбоцитопении, возраст моложе 15 лет. Однако со временем в результате совершенствования техники выполнения ЧДТ некоторые абсолютные противопоказания перешли в разряд относительных. В частности, в отдельных работах

отражен опыт выполнения ЧДТ у детей, при нейтропении и тромбоцитопении. Частота осложнений открытой трахеостомии варьирует от 6% до 66%.

В зависимости от срока возникновения осложнения трахеостомии могут быть интраоперационными, ранними и поздними послеоперационными.

Нами были зарегистрированы следующие интраоперационные осложнения: малые кровотечения (25 – 100 мл) - 18 (17,6%), средние (100 – 250 мл) - 5 (2%), артериальная гипотензия – 12 (11,8%), ранение задней стенки трахеи – 1 (0,98%). Ранние послеоперационные осложнения - подкожная эмфизема в области шеи 3 (2,9%), малые кровотечения (у пациентов с коагу-

лопатией) – 6 (5,9%). Поздние осложнения трахеостомии, с которыми нам пришлось столкнуться, представлены 2 случаями трахеальных свищей и одним рубцовым стенозом трахеи.

Важно отметить, что нами не были зарегистрированы такие частые осложнения открытой трахеостомии, как нагноение послеоперационной раны, вывих трахеостомической канюли и поздние кровотечения.

Заключение. Опыт выполнения в нашей клинике операций чрескожной дилатационной трахеостомии позволил нам убедиться в преимуществах трахеостомии по Григзу под эндоскопическим контролем, как наиболее простой, менее затратной экономически и наиболее безопасной методики.

Гульмуратов У.Т.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ И МИНИФЛЕБЭКТОМИИ ПО МЕТОДИКЕ ВАРАДИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ" ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей путем применения эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) и минифлебэктомии по методике Варади.

Материал и методы исследования. Настоящее сообщение основано на изучении результатов эндовенозной лазерной облитерации у 150 больных с варикозной болезнью нижних конечностей в отделении хирургии сосудов РНЦССХ в период 2018 - 2021 годы. Среди них женщин было 112, мужчин - 38, в возрасте от 20 до 65 лет. Распределение пациентов согласно классификации CEAP: второй функциональный класс (C2) имелся у 95% пациентов, третий функциональный класс (C3) - у 5% пациентов. Длительность заболевания колебалась от 6 мес. до 5 лет.

Всем больным были проведены общеклинические исследования, дуплексное сканирование подкожных и глубоких вен нижних конечностей, изучено состояние свертывающей системы крови (ПИ, АЧТВ, МНО и тромбоциты). По данным дуплексного сканирования отмечалась эктазия стволов малой

и большой подкожной вен с вертикальным рефлюксом крови. Со стороны глубоких вен нижних конечностей патологии не обнаружено.

Показанием для ЭВЛО была варикозная болезнь нижних конечностей по классификации CEAP: C2 - у 145, C3 - 5 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 7-8 Вт. После завершения ЭВЛО выполняли минифлебэктомию ветвей большой и малой подкожной вен. Через прокол 1,5 мм ангиоката 14G с помощью крючков Варади максимально вытягивали веточки подкожной вены и коагулировали. После окончания процедуры ЭВЛО и минифлебэктомии накладывали стерильные салфетки на область минифлебэктомии и одевали компрессионные чулки II степени эластичности. После процедуры ЭВЛО больным рекомендовали неспешную ходьбу в течение 5-10 минут. Повторный осмотр и дуплексное

сканирование производили через 1-3 суток после операции. Рекомендовали ношение компрессионных чулок второй степени компрессии в течение 15-30 дней.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов после ЭВЛО и минифлебэктомии достигнут хороший клинический и косметический эффект. По данным контрольного дуплексного сканирования, наступила полная облитерация ствола поверхностной подкожной вены с прекращением рефлюкса крови. У 5 пациентов отмечались умеренные

боли в области минифлебэктомии на голени в течение 2-3 дней. В течение 1 года наблюдения рецидива заболевания не было.

Заключение. Эндовенозная лазерная облитерация и минифлебэктомия по методике Варади является малотравматичным, эффективным и безопасным методом лечения варикозно расширенных вен нижних конечностей. При строгом соблюдении показаний ЭВЛО в сочетании с минифлебэктомией дает хороший косметический эффект и ускоряет реабилитацию пациентов.

Гульмуратов У.Т., Султонов Д.Д.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «РОКСАЛАН» 20 МГ (РИВАРОКСАБАН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ОСТРЫМ ИЛЕОФЕМОРАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ

Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ" ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучение процесса реканализации в раннем периоде обследования больных с перенесенным илеофemorальным тромбозом в комплексном лечении препаратом «Роксалан» (ривароксабан).

Материал и методы исследования. В РНЦССХ в отделении сосудистой хирургии в период с 1 января по июнь 2022 год было госпитализировано 35 больных с острым илеофemorальным тромбозом на консервативное лечение. Возраст больных от 21 года до 65 лет. Средний возраст $48 \pm 7,2$ года, мужчин было 22 (57%), женщин - 13 (43%).

Перед выпиской больным назначен препарат «Роксалан» 20 мг (ривароксабан) по 1 таблетке один раз в день в течение 3 месяцев. Через 3 месяца проводилось контрольное обследование с помощью УЗ дуплексного сканирования (аппарат фирмы Mindray). При обследовании обращалось внимание на характер тромба, просвет вены в разных сегментах, коллатеральные пути, характер кровотока. Консервативное лечение проводилось в домашних условиях. В период лечения роксаланом (ривароксабан) не требуется мониторинг свертывающей системы.

Результаты и их обсуждение. Всем больным проведено комплексное консервативное лечение в сосудистом отделении по предложенной нами методике. При выписке больным в амбулаторных условиях был назначен роксалан 20 мг по 1 таблетке в день в течение

6 месяцев, компрессионная терапия в виде постоянного в течение 6 месяцев ношения компрессионного трикотажа или эластического бинтования. При обследовании через 3 месяца у большинства больных выявлено начало реканализации в тромбированных глубоких венах нижних конечностей. У 20 (60%) больных примерно 50%-ная реканализация была отмечена в наружной подвздошной вене, общей бедренной и поверхностной бедренной венах. Полной реканализации в этот срок не выявлено ни в одном случае. В остальных 13 (40%) случаях в подвздошной и поверхностной бедренной венах реканализация составила от 10% до 30% вен. У 2 больных признаков реканализации не отмечалось.

По данным УЗ дуплексного сканирования при частичной реканализации в просвете вены визуально наблюдались плотные тромботические массы. В центре организованных тромбов проявлялся просвет вены диаметром от 2 до 5-6 мм. Отечность стенки вен уменьшалась, но признаки склероза в виде гиперэхогенности стали более заметными.

В реканализированной вене регистрировался монофазный характер венозного кровотока за счет ригидности и утолщения стенки сосуда. При обтурации вены её просвет был заполнен неоднородными по структуре массами, кровотоков в этой зоне не регистрировался. В проксимальных и дистальных местах обтурации наблюдался монофазный

кровоток, не изменяющийся во время дыхательных циклов и не реагирующий на пробы Вальсальвы.

Таким образом, результаты исследования показывают, что на госпитальном этапе процесс реканализации пораженных вен не начинается. К 3 месяцу имеются признаки начинающейся реканализации бедренно-подколенного сегмента. В ранний срок - до 3 месяцев - мобилизуются механизмы фибринолиза и продолжается процесс реканализации тромбированных вен, но окончательной реканализации ещё не наступает. Следует отметить, что процесс реканализации мо-

жет продолжаться до года. Поэтому приём антикоагулянтов необходимо продолжать весь этот период.

Заключение. Прием венотоников, эластическая компрессия и препарат «роксалан» 20 мг (ривароксабан) - антикоагулянт- высокоселективный прямой ингибитор фактора Ха - способствуют лучшей реканализации тромбированных вен. Препарат «Роксалан» хорошо зарекомендовал себя для консервативного лечения больных, перенесших илеофemorальный тромбоз. В период лечения не требуется мониторинг параметров свертывания крови.

Гурин М.Н., Глущенко В.А., Берлев И.В., Головач В.М.

ПРИМЕНЕНИЕ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА С НИЗКИМ ВНУТРИБРЮШНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н.Н. Петрова», Россия

Рак эндометрия в структуре злокачественных заболеваний женщин на протяжении последнего десятилетия занимает лидирующие позиции. Ожирение и коморбидность больных раком эндометрия обуславливает увеличение анестезиологического и хирургического рисков. Одна из стратегий, изучаемых в течение последних нескольких лет, - снижение уровня искусственного внутрибрюшного давления во время лапароскопической операции. Было высказано предположение, что снижение давления уменьшит хирургические осложнения, такие как послеоперационная боль, проблемы с вентиляцией, в то же время повышает риск усиления кровотечения, ухудшению визуализации, что также может оказать значительное влияние на длительность оперативного вмешательства.

Цель исследования. Повышение эффективности и безопасности хирургического и анестезиологического обеспечения лапароскопических операций у пациентов при раке эндометрия с морбидным ожирением.

Материал и методы исследования. Проведено пилотное исследование, в которое вошли две группы пациентов. Каждая группа состояла из 15 пациентов с раком эндометрия (T1-2, No, Mo), с ИМТ>40, которым выполнялась лапароскопическая пангистэк-

томия с лимфодиссекцией. Средний возраст составил 57,3 (ДИ 55,27 - 60, 43) лет.

Всем пациенткам по стандартной схеме выполнялась общая комбинированная анестезия. ИВЛ проводилась в режиме по давлению (РС), уровень ПДКВ (РЕЕР) составлял 12 см. вод.ст. ДО - 7 мл/кг идеальной массы тела. В группе I пациенток уровень пневмоперитонеума (ВБД) составлял 10 мм рт.ст., в группе II - 14 мм рт.ст. Проводился мониторинг ДО и пикового давления в дыхательных путях. Также давалась оценка визуализации операционного поля оператором, длительности операции и объём кровопотери.

Результаты и их обсуждение. В группе I средний ДО составил 425 мл (ДИ 390-460), в группе II - 395 (ДИ 360-430). Уровень пикового давления в дыхательных путях в группе I составил 32,5 мм вод.ст. (ДИ 29-36), а в группе II - 37 мм вод.ст. (ДИ - 35-39). При сравнении полученных результатов выявлено, что в группе I оптимальный ДО был достигнут меньшим уровнем давления в дыхательных путях. В обеих группах визуализация операционного поля была оценена хирургом как удовлетворительная, а объём кровопотери был сопоставим между группами (группа I - 115 мл, группа II - 110 мл, $p > 0,05$). Средняя длительность операции составила в группе I - $165,4 \pm 22,0$, в группе II - $141,2 \pm 37,6$, ($p > 0,05$).

Заключение. Применение более низкого уровня ВБД не сопровождалось ухудшением визуализации операционного поля, увеличением объема кровопотери и длительности

операции. В то же время отмечается благоприятное влияние на механику дыхания в виде увеличения ДО и снижения давления в дыхательных путях.

Давлатов С.Б., Сулаймонов С.Ч., Баходуров Дж.Т., Асадов С.К.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Усовершенствование способа проведения пластинки для коррекции воронкообразной деформации грудной клетки.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии с 2015 по 2022 год оперировано 35 больных в возрасте от 8 до 18 лет, средний возраст $13 \pm 2,0$ лет.

Выполнена малоинвазивная торакопластика по принципу D. Nuss у 20 человек и по разработанной в нашей клинике методике - у 15 пациентов. Скрининг-диагностикой является рентгенография в двух проекциях, КТ и индекс Жижицкого и Велча. Использовали пластинку из никелида титана.

Результаты и их обсуждение. Врожденные деформации грудной клетки являются широким спектром аномалий развития грудно-реберного комплекса (ГРК), которые могут являться как изолированной патологией, так и компонентами различных синдромов. В настоящее время единственным эффективным методом лечения тяжелых форм деформации грудной клетки является хирургический, в частности торакопластика по Д. Нассу позволяет радикально корригировать деформацию. Основой и важным моментом операции является безопасное проведение пластины и установка её в положении коррекции деформации.

При изучении результатов лечения у детей по классическому способу D. Nuss у 3 (15%) больных возникли осложнения: гемоторакс (2) и пневмоторакс (1), что было связано с проведением корригирующей пластинки.

Нами усовершенствован способ проведения корригирующей пластинки, который заключался в следующем: после туннелизации и проведения проводника корригирующая пластина перед проведением охлаждается с помощью закиси азота при температуре -160°C , после чего проксимальный её конец выправляется и изгибается в обратном направлении на 15° . Затем фиксируется к проводнику и тянущими движениями с одновременно производимыми вслед толкательными движениями в том же направлении проводится в ретростернальное пространство. Корригирующая пластина через 3-4 минут приобретает исходную заданную форму и развивает корригирующие усилия, приподнимает грудину, тем самым без ротации ликвидирует деформацию.

Данным способом произведена коррекция деформации у 15 детей. Осложнений не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, предложенный способ проведения пластинки для коррекции ВДГК является простым и безопасным.

Давлатов С.Б., Рофиев Р., Ибодов Х., Асадов С.К.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Оценка нарушения функционального состояния печени при осложненном эхинококкозе у детей.

Материал и методы исследований. Нами проанализированы результаты лечения 141 детей в возрасте от 2-х до 17 лет с осложненным эхинококкозом печени. Больные в зависимости от объема, количества, локализации и типа осложнений эхинококковых кист (ЭК) были разделены на 3 группы: 1-я группа – 61 больной с сочетанным эхинококкозом и одиночными ЭК печени (малые кисты – 24, средние – 27, гигантские – 10); 2-я группа – 58 больных с сочетанным эхинококкозом и множественными ЭК печени; 3-я группа – 22 ребенка с сочетанным эхинококкозом и осложненными ЭК печени.

Функциональное состояние печени было изучено по следующим лабораторным данным: цитолитические, гепатодепрессивные, мезенхимально-воспалительные и холестатические показатели.

Результаты и их обсуждение. У 35 из 61 ребенка 1-й группы одиночные ЭК имели периферическую локализацию в V, VI и III сегментах печени, вокруг фиброзной капсулы кисты изменений со стороны паренхимы печени не регистрировали. Снижение функциональных проб печени не превышало более чем $5,0 \pm 1,1\%$, по сравнению с нормой. У 25 детей их 61 с центрально расположенными гигантскими (11) и средними ЭК (19) IV, VII и VIII сегментов печени отмечались изменения со стороны цитолитических, мезенхимально-воспалительных и холестатических проб, особенно было выражено ослабление функции со стороны мезенхимально-воспалительных проб на $12,0 \pm 1,8\%$, по сравнению с практически здоровыми детьми ($p < 0,05$).

У 9 (15,5%) из 58 детей 2-й группы не обнаружено нарушений функциональных проб печени, у этих пациентов имелись периферически расположенные множественные мелкие (5), малые (7) и средние (5) ЭК. Во время операции не были выявлены макро- и микроскопические изменения в непораженном участке органа. У 49 (84,5%) пациентов выявлено усиление цитолитических проб в среднем на $13,0 \pm 2,5\%$ (17% и 10% соответственно), снижение гепа-

тодепрессивных – на $21,0 \pm 3,4\%$, увеличение мезенхимально-воспалительных – на $28,0 \pm 4,7\%$ и холестатических на $15 \pm 2,3\%$. У 26 детей этой группы сочетанный эхинококкоз обнаружен в одном легком (12) или в обоих легких (14), сердце и средостении (5), мозге (4), почке (6), селезенке (1) и щитовидной железе (3). При этом у 15 детей имелись осложнения со стороны ЭК легких с легочно-артериальной гипертензией II-III ст. У всех этих больных макроскопически регистрировали уплотнения, рубцовые изменения ткани печени.

Следует отметить, что у детей с эхинококкозом сердца, перикарда и осложненными кистами легких нами выявлены выраженные изменения со стороны печени, газо- и негазообменных функций легких. Поэтому у 11 из 26 детей на фоне тяжести дыхательной недостаточности, значительных нарушений негазообменных функций легких и печеночной недостаточности состояние было оценено как очень тяжелое. В связи с этим после стабилизации их общего состояния были определены показания и сроки оперативного лечения.

В 3-й группе больных с осложненным эхинококкозом печени диагностированы выраженные изменения цитолитических показателей печеночных клеток, которые, по сравнению с контрольной и 1-й группой детей, статистически достоверно были увеличенными на $53,0 \pm 3,4\%$ ($p < 0,01$). Одновременно было отмечено ослабление гепатодепрессивных проб более чем на $32,0 \pm 1,7\%$, также отмечались выраженные проявления мезенхимально-воспалительных и холестатических изменений (статистически достоверное увеличение показателей на $25,0 \pm 3,6\%$ и $27 \pm 2,1\%$ соответственно). У 5 из 13 больных имела место полиорганная недостаточность. Эти дети нуждались в реанимационных мероприятиях на фоне эндотоксического шока.

Заключение. Таким образом, в результате оценки функционального состояния печени у больных с осложненным эхинококкозом и коррекции их до операции, а также проведение восстановительной терапии в послеоперационном периоде было достигнуто снижение числа послеоперационных осложнений с 7,7% до 1,5%, а рецидива болезни – до 2,5%.

Джононов Д.Д., Артыков К.П., Давлатов А.А., Исмоилов М.М.

ОСОБЕННОСТИ РЕПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ
Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучение особенностей проведения реплантации пальцев кисти у детей.

Материал и методы исследования. В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ г. Душанбе за период с 2012 по 2021 года поступило 26 детей с 32 ампутированными сегментами пальцев кисти в возрасте от 1,5 до 14 лет.

Во всех случаях операции произведены под эндотрахеальным наркозом с применением микрохирургической прецизионной техники, атравматического шовного материала, микроинструментов и операционного микроскопа. При укорочении костей фаланг обязательно учитывали то, что нельзя резецировать ростковую зону во избежание отставания в развитии и вторичной деформации реплантированного пальца. Учитывая эти особенности, остеосинтез у детей производили тонкими спицами Гришина или же инъекционными иглами. В связи с тем, что сухожилия разгибателей тонкие и плоские, а сгибатели – значительно меньшего диаметра, их восстанавливали обвивными швами нерассасывающейся монофиламентной нитью 6/0-5/0 у маленьких детей и 4/0-3/0 – у подростков. Следует отметить, что диаметры артерии и вены пальцев кисти у детей не более 0,2 мм, в связи с чем микроанастомозы, также как и эпинеуральные швы пальцевых нервов накладывали тончайшей атравматической нитью (пролен или нейлон 10/0-11/0 USP). При наложении анастомозов пользовались увеличением операционного микроскопа от ×8 до ×40 раз. При мобилизации проксимальных и дистальных концов сосудисто-нервных пучков эластичность тканей выраженная, что позволяет свободно преодолеть незначительное натяжение концов сосудов и нервов. Всем пациентам интраоперационно после наложения микроанастомоза доминантной артерии внутривенно вводили гепарин из расчёта 10-12 ЕД

на кг массы тела ребёнка, с последующим его введением каждые 4 часа подкожно в течение 4-7 суток после операции. Также все пациенты в послеоперационном периоде получили антибактериальную, обезболивающую терапию, по показаниям – спазмолитики и улучшающие реологию крови.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период у всех у 24 (92,4%) больных протекал гладко. На вторые сутки после реплантации пальцев у двоих (7,6%) больных отмечалось нарушение кровообращения в 4 пальцах (12,5%) кисти с последующим некрозом реплантированных сегментов. Этот момент мы связываем с тяжёлым изначальным поражением мягких тканей (размозжение), в результате чего достижение оптимальных результатов приживления было изначально трудной задачей. Во всех остальных случаях раны зажили первичным натяжением. Кожные швы сняты на 12-14 сутки после операции, реплантированные сегменты прижились. Спицы были удалены после консолидации костных отломков. Пассивную и активную разработку производили через 1,5 месяца после операции. Результаты функционального восстановления оценивались по критериям оценки DASH. По всем критериям опросника (выполнение мелких действий, движений в крупных суставах) отмечалось значительное улучшение показателей.

Заключение. Реплантация пальцев кисти у детей имеет ряд своих особенностей, учёт которых позволил нам успешно провести операцию во всех случаях реплантабельности сегмента и добиться полного приживления 87,5% реплантированных сегментов пальцев кисти. Отрицательные результаты отмечались лишь в случаях тяжёлых повреждений в сочетании с размозженными ранами. Дальнейшие исследования помогут оптимизировать результаты терапии даже в таких случаях.

^{1,2}Дустов Ш.Б., ³Нозиров Дж.Х., ⁴Мурадов А.М., ⁵Мурадов А.А., ⁶Нозиров А.Дж.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И ДИСФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

¹ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

³Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

⁴Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

⁵ФГБУ "НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева", Москва, РФ

⁶ЦГБ г. Вахдата

Цель исследования. Изучение некоторых параметров структурно-функционального состояния желудочков сердца у больных с острой декомпенсацией (ОД) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы исследования. Обследовано 100 больных с ХСН, 54 (54,0%) мужчины и 46 (46,0%) женщин. Контрольную группу (КГ) составили 30 практически здоровых мужчин и женщин.

Для рандомизации больных применялись Европейские рекомендации (ESC, 2016 и 2018 гг.), в основу которой заложены фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). В соответствии с этим пациенты с ХСН были разделены на 3 группы: 1-ая группа – больные сердечной недостаточностью (СН) с сохраненной (со) ФВ ($>50\%$); 2 группа - СН со средней (ср) ФВ (40- 49%); 3 группа - СН с низкой (н) ФВ ($<40\%$).

Оценка клинического состояния проводилась в соответствии с ШОКС (шкала оценки клинического состояния) (в модификации Мареева В.Ю., 2018). Для оценки геометрии ЛЖ применялась классификация J. Gottdiener по расчётам индекса конечно диастолического диаметра (ИКДД) и 2 Н/Д. Гипертрофия ЛЖ диагностировалась при индексе массы миокарда ЛЖ (ИММ-ЛЖ) более 125 г/м^2 у мужчин и более 110 г/м^2 у женщин. При выявлении диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ выделяли 3 типа и 4 стадии тяжести течения. По модифицированной методике дисков по Simpson определялись объёмные показатели ПЖ в систолу и диастолу, а также ФВ правого желудочка (ПЖ).

Проводилось полное и др. общеклиническое, электрокардио-графическое, эходоплерометрическое исследование сердца.

Результаты и их обсуждение. Определение морфологических изменений и проведенная оценка геометрии ЛЖ у больных ОД ХСН согласно классификации J. Gottdiener, основанной на критериях ИКДД и 2Н/Д, обнаружила следующие типы ремоделирования ЛЖ: эксцентрическая дилатационная - у 37,0% больных, которая соответствует критериям ИКДД $>3,1 \text{ см/м}^2$ и 2Н/Д $<0,45$; смешанная концентрическая дилатационная - у 39,0% (ИКДД $>3,1 \text{ см/м}^2$ и 2Н/Д $\geq 0,45$); концентрическое ремоделирование - ЛЖ у 6,0% (ИКДД $\leq 3,1 \text{ см/м}^2$ и 2Н/Д $\geq 0,45$); эксцентрическое - у 18,0% (ИКДД $\leq 3,1 \text{ см/м}^2$ и 2Н/Д $<0,45$). При этом гиперволемиа и гипергидратация на

фоне значительного увеличения дилатационных вариантов ремоделирования ЛЖ привели к ОД ХСН и прогрессирующему снижению систолической и её ДД.

Распределение больных ХСН в зависимости от ФВ ЛЖ при поступлении показало, что у 34 (34,0%) больных (19 - 19,0% мужчины и 15 - 15% женщин) обнаружена СН с соФВ ($>50\%$), у 40 (40,0%) (23 - 23,0% мужчин и 17 - 17,0% женщин) СН с срФВ (40-49%) и у 26 (26,0%) (12 - 12,0% мужчин и 14 - 14,0% женщин) СН с нФВ ($<40\%$).

Анализ ДД ЛЖ выявил 3 типа её дисфункции: I тип гипертрофическая ДД ЛЖ (1 стадия - легкая), которая обнаружена у 3,0% обследуемых; II тип псевдонормальная ДД ЛЖ (2 стадия - умеренная) - 11,0%; III тип рестриктивная: обратимая ДД ЛЖ (3 стадия - тяжелая) - 57,0%.

Исследование показателей ФВ ЛЖ и балльная оценка по ШОКС показала, что у 30 (30,0%) обследованных она соответствовала 2 ФК 4-6 баллов, у 42 (42,0%) 3 ФК 7-9 баллов, у 28 (28,0%) 4 ФК - более 9 баллов.

Анализ ДД ПЖ выявил 3 её типа: I тип гипертрофическая ДД ПЖ (1 стадия - легкая), которая установлена в 3,0% случаях; II тип псевдонормальная ДД ПЖ (2 стадия - умеренная) обнаружена у 30,0% больных; III тип рестриктивная ДД ПЖ (3 стадия - тяжелая) - у 67,0%.

Как показали проведенные исследования, выявленные нарушения ДД ПЖ у больных ХСН при развитии ОД напрямую связаны с выраженностью легочной гипертензии, типом ДД ЛЖ, систолической функции ЛЖ, а также текущим режимом общего кровообращения и другими негативными факторами.

Прогностически наиболее неблагоприятным вариантом является рестриктивная ДД ПЖ, которая клинически проявляется одышкой в покое, вынужденным положением в постели с приподнятым головным концом (две и более подушек), набухшими шейными венами, хрипами в легких (по всему лёгкому), увеличением размеров печени более 5 см, анасаркой, уровнем среднего динамического давления менее 100 мм рт. ст., нарушением ритма сердца и др.

Заключение. ЛОП ЭК по предложенному способу оказалась более эффективной, архитектоническое состояние сосудистой системы печени на месте ЛОП ЭК было удовлетворительным, а склеротические изменения - минимальными.

Ёров У.У., Назарзода Ф.Н., Сатторов В.Т., Назаров Х.Ф.

ЛАПАРОСКОПИЯ КАК ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Кафедра сестринского дела ХО ГОУ ИПОвСЗ РТ, г. Бохтар
Медицинский центр «Хатлон», г. Бохтар

Цель исследования. Улучшить результаты лапароскопической эхинококкэктомии из печени у детей.

Материал и методы исследования. С 2015 по 2020 гг. в частном медицинском центре «Хатлон» малоинвазивная и эндовизуальная хирургия детского возраста, лапароскопическая эхинококкэктомия были выполнены у 17 больных с солитарными и многокамерными неосложненными гидатидными кистами печени. Возраст больных от 4 до 16 лет.

До операции показания к проведению эндовидеохирургического вмешательства оценивались на основании УЗИ исследования и КТ.

Противопоказанием к лапароскопической эхинококкэктомии в настоящее время мы считаем только внутрипеченочное расположение эхинококковой кисты.

Анестезия проводилась под общим эндо-трахеальным наркозом (кетамин, фентанил, тиопентал натрия, релаксация ардуаном).

При лапароскопии выполнялись следующие необходимые этапы вмешательства: при обзорной лапароскопии в брюшной полости определяется локализация кисты, обкладывается место пункции салфетками, смоченными 96% раствором спирта или глицерина. Затем проводится пункция полости кисты и отсасывание эхинококковой жидкости, вскрытие фиброзной капсулы кисты и удаление хитиновой оболочки с последующей её эвакуацией из брюшной полости электроотсосом, ревизия и антипаразитарная обработка полости кисты с ликвидацией остаточной полости.

Противорецидивную химиотерапию проводили альбендазолом, начиная за 1 неделю до операции и продолжали ее в течение 4 недель в период реабилитации.

Результаты и их обсуждение. Из 17 принятых лапароскопических операций в 3 (2,2%) случаях потребовалась конверсия в связи с внутрипеченочной локализацией кисты печени. В случаях конверсии была выполнена традиционная эхинококкэктомия. У остальных 14 пациентов послеоперационный период протекал более гладко относительно традиционных операций. Среднее время пребывания детей в стационаре составило 6,6 суток. В послеоперационном периоде наблюдалось желчеистечение из остаточной полости печени (1 больной), которое прекратилось самостоятельно в сроки до 2-недель после операции.

Во всех случаях наступило выздоровление. Всем больным каждые 3 месяца проводилось динамическое УЗИ. При этом обнаруживались участки остаточных полостей размером не более 2 см. Во время наблюдений рецидивов заболевания не отмечено.

Заключение. При ликвидации остаточной полости печени предпочтение следует отдавать абдоминализации с оментопексией. Вместе с тем, полагаем, что при правильном отборе больных и строгом соблюдении принципа апаразитарности лапароскопическая эхинококкэктомия из печени является перспективным методом хирургического лечения неосложненного эхинококкоза печени.

Зиебоев Ш.А., Дадобоев А.Д., Эрматов Х.С., Файзрахимов Х.Н.

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"
Городская клиническая больница № 1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Цель работы. Улучшение результаты хирургического лечения переломов пяточной кости.

Материал и методы исследования. В отделении травматологии и ортопедии Городской клинической больницы № 1 им. С. Урунова г. Худжанда за период 2009 – 2022 гг. находился на стационарном лечении 51 больной с внутрисуставными переломами пяточной кости. Мужчин было 42, женщин – 9. Средний возраст больных составил 31 год. Большинство больных получили травму в результате падения с высоты – 66,5% и в 33,5% случаев в результате дорожно-транспортных происшествий. Из них было оперировано 16 больных (32%), остальные лечились консервативно.

Результаты и их обсуждение. Лечение переломов пяточной кости с незначительными смещениями не составляет проблемы и приводит к хорошим результатам. Проблему представляют оскольчатые внутрисуставные переломы, сопровождающиеся смещением фрагментов. Именно эти повреждения приводят к тяжелым анатомическим и функциональным нарушениям стопы.

Тактика лечения заключалась в следующем: при поступлении после проведения рентгенографии под местной анестезией производилась закрытая ручная репозиция перелома с наложением гипсовой лонгеты от ногтевой фаланги до коленного сустава. Гипсовую иммобилизацию использовали для создания покоя конечности. Назначали нестероидные анальгетики, конечности придавали возвышенное положение. Далее,

учитывая возраст, жизненную активность больных, профессию, давность травмы, характер травмирующего фактора, тяжести повреждения мягких тканей в области пятки, в каждом случае индивидуально решали дальнейшую тактику лечения. При выборе тактики лечения акцент ставился на оперативном методе лечения. Показанием для оперативного лечения переломов пяточной кости являлся внутрисуставной перелом со смещением отломков. Предоперационная подготовка больных, как правило, начиналась с момента поступления в стационар. Она включала в себя временную иммобилизацию перелома, обследование больного, подготовку кожного покрова в зоне предполагаемого оперативного вмешательства.

Немаловажную роль в восстановлении функции голеностопного сустава играет комплексная терапия в послеоперационном периоде. После прекращения дренирования, которое продолжалось 24 часа, больному рекомендовалось начинать активные и пассивные движения в пальцах ног, голеностопных и коленных суставах. Всем больным выполнялось эластичное бинтование поврежденной конечности от плюсно-фаланговых суставов до средней трети бедра.

Заключение. Использование оперативного метода для лечения внутрисуставных переломов пяточной кости, несомненно, является новым достижением в травматологии и ортопедии, сокращает сроки постельного режима, время нетрудоспособности пациента и ускоряет процесс консолидации перелома.

Зиебоев Ш.А., Юсупов А.М., Сироджов К.Х.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID-19

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель работы. Улучшение результатов консервативного лечения асептического некроза головки бедренной кости у больных, перенесших COVID-19.

Материал и методы исследования. В статье приводятся клинические наблюдения 48 пациентов с двухсторонним поражением головки бедренных костей после лечения COVID-19. У семи пациентов кортикостероиды не применялись. Наши данные показали,

что остеонекроз у пациентов, перенесших COVID-19, развивался в более короткие сроки, по сравнению с этой же патологией у пациентов без коронавирусной инфекции. У 20 больных отмечен отягощенный семейный анамнез (инфаркт миокарда, гипертензия, тромбоз). Возможно, у них в генезе остеонекроза головки бедренной кости некоторую роль сыграли наследственные сосудистые факторы.

При поступлении всем больным были проведены МРТ-диагностика тазобедренных суставов, денситометрия и взяты анализы крови на витамин-Д и С-реактивный белок.

По данным МРТ диагностирован двусторонний остеонекроз головок бедренных костей стадии ARCO IIC (нет коллапса, нет симптома полумесяца, объем поражений >30%) с обеих сторон. Нами проводилась денситометрия аппаратом "ультразвуковой костный денситометр SONOST-3000" (производство Южной Кореи) и по данным денситометрии отмечалась остеопения (Т-счет – (-1,71) (в N <-1); Z-счет – (-1,8)(в N <-1)).

Результаты и их обсуждение. По данным анализа крови, уровень витамина Д в крови ниже, по сравнению с нормой (21,11 нг/мл при N-40-150 нг/мл). После выявления диагноза немедленно была начата медикаментозная терапия для коррекции метаболизма костной ткани (препараты золендроновой кислоты 4% - 5,0 мл + 100 мл NaCl в/в капельно однократно по схеме), для регуляции кальциево-фосфорного обмена (препараты кальция и витамина D в суточной дозе до 1 г в течение 3 месяцев), для улучшения микроциркуляции крови (ксантинола никотинат 1 т × 2 раза/день 1 месяц), для улучшения вяз-

кости и улучшения реологии крови (трентал 5,0 × 1 раз/день в течение 10 дней), ходьба с костылями с дозированной нагрузкой на обе ноги. Через 3 мес. после операции пациент отметил улучшение двигательной активности, снижение болевого синдрома (с 8 до 2 баллов по шкале ВАШ). Значимого улучшения по данным МРТ не выявлено.

Закключение. Результаты динамического наблюдения показывают, что клиническая манифестация остеонекроза головки бедренной кости у больных после перенесенного COVID-19 наступает спустя от 6 до 12 мес. от момента начала болезни. Наши данные совпадают с данными ряда других авторов, что сроки развития остеонекроза после COVID-19 существенно сокращаются на фоне длительного приема нестероидных препаратов. Кроме того, результаты лабораторных анализов, состояние гемостаза, электролитного обмена, иммунных показателей свидетельствуют о том, что COVID-19 ухудшает все жизненные показатели организма, что ускоряет процессы остеонекроза головки бедра на фоне обменных минеральных нарушений костной ткани. Вероятно, что на развитие заболевания воздействуют также такие факторы, как ишемия и гемическая гипоксия.

Зурбекова Ш.Р., Махжамов К.К.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НА СМЕРТНОСТЬ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра неонатологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Оценка влияния факторов риска преждевременных родов и антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома на смертность недоношенных детей.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были недоношенные дети за период с 2018 по 2021 годы. Проведен анализ 200 историй родов и историй развития умерших недоношенных с низкой (65), очень низкой (64) и экстремально низкой массой тела (71), матери которых получили глюкокортикоидную терапию с целью профилактики респираторного дистресс-синдрома.

Результаты и их обсуждение. На основе анализа истории болезни каждого умершего новорожденного выявлено, что у всех обследованных матерей беременность протекала на фоне сочетания двух и более неблагоприятных факторов в группе родивших детей с низкой массой тела (66%), очень низкой массой тела (54%) и ЭНМТ (96%). Ведущие позиции неизменно занимают перенесенные острые воспалительные и обострения хронических заболеваний: мочеполовой (64%) и, особенно, органов бронхолегочной системы (84,2%). При оценке плаценты выявлены различные её изменения, часто сочетанные (изменение цвета, наличие петрификатов)

– 82,6% случаев. Вышеуказанные факторы были среди основных причин развития внутриутробной гипоксии у плода. Так, дети были рождены исключительно в состоянии различной степени тяжести асфиксии, чаще умеренной, особенно в группе детей с очень низкой массой тела (91,6%). Далее следуют родившиеся с ЭНМТ (81,9%) и НМТ (70%).

Среди осложнений родов чаще отмечены состояния, связанные с преэклампсией и длительным безводным периодом, особенно у ОНМТ (41,6% и 33,3% соответственно). Патологическое течение родов чаще отмечено у 40% матерей, родивших детей с ОНМТ (25%). В 16,7% случаев отмечали преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты.

Несмотря на относительное снижение смертности от СДР, сохраняется его высокий уровень, который обусловлен рядом причин. Проведенный анализ показал, что в 29,5% случаев профилактика проведена полностью, а в 11,4% - с родостимуляцией, в 15,9% случаев профилактика проведена неполностью, а в 43,2% она не проведена вообще. Основная часть умерших (77,2%) нуждались в респираторной терапии. Из числа нуждающихся в вентиляции у 14,3% начата СИПАП, у 85,7% - ИВЛ, причем в 58,3% она начата поздно. У 14,3% детей респиратор-

ная вентиляция не проведена (несмотря на показания) по причине занятости аппарата. Следует подчеркнуть, что, в основном, перевод на ИВЛ осуществлялся по показаниям, наиболее частым из которых был приступ повторный приступ апноэ, сопровождавшийся падением сатурации кислорода. Требуемый в таких ситуациях цитрат кофеина не вводился ввиду его отсутствия. В то же время необходимо отметить, что, начиная с 2021 года, смертность детей с РДС имеет тенденцию к уменьшению. Это связано с использованием современных стратегий ведения недоношенных с РДС (использование неинвазивной респираторной вентиляции, сурфактант-терапии, профилактика БЛД и др.).

Заключение. Проведение антенатальной профилактики РДС глюкокортикоидами женщинам из группы высокого риска по невынашиванию беременности влияет на показатель смертности родившихся. На уровне госпитального этапа необходимо придерживаться соблюдения принципа регионализации, предполагающего согласно уровню оказываемой родовспомогательным учреждением помощи, обеспечение соответствия штатов и доступных технологий потребностям беременных, рожениц, родильниц и их новорожденных.

Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов А., Мираков Х.

ЭКСТРАВЕЗИКАЛЬНАЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА (экспериментальная работа)

Кафедра детской хирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Улучшить результаты экстравезикальной реимплантации мочеточника при нейромышечной дисплазии.

Материал и методы исследования. До настоящего времени нет единого мнения о выборе методов лечения врожденной дисплазии мочеточника. Разрабатываются новые способы оперативной коррекции, включая эндоскопические методы, что обусловлено их недостаточно высокой эффективностью. По данным многих авторов, положительный результат составляет от 42% до 90,8% наблюдений. Учитывая необходимость решения данной проблемы, нами в клинике проведено экспериментально-клиническое

исследование у 21 кролика породы "Бельгийский великан" (Фландер) массой от 6 до 7 кг. Первоначально создана модель уретрогидронефроза путём алкоголизации мочеточника по методу Я.В. Гудынского в пузырной части с одной стороны. По прошествии 21 дня проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевыделительной системы (МВС), при котором обнаружено расширение чашечно-лоханочной системы до $15,0 \pm 3$ мм, а также мочеточника – диаметром на всём протяжении до $5,0 \pm 0,2$ мм. После алкоголизации мочеточника в течение 3-4 дней у кроликов отмечалось неадекватное поведение, которое проявлялось в повышенной агрессивности и

беспокойстве. Через 20 дней животные были оперированы – проведена экстравезикальная реимплантация мочеточника по методике, разработанной коллективом авторов клиники детской хирургии.

Результаты и их обсуждение. Сущность метода заключается в следующем: доступ к мочеточнику производится в пахово-подвздошной области справа и/или слева, послойно вскрывается околопузырная клетчатка и обнажается расширенный мочеточник, который выделяется у стенки мочевого пузыря и отсекается; рана мочевого пузыря ушивается двухслойным викриловым швом, затем производится разрез по задней стенке мочевого пузыря в косо-поперечном направлении длиной до 2,5 см с таким расчётом, что нижний угол разреза доходил параллельно до места отсечённого мочеточника у стенки мочевого пузыря; рана глубиной в пределах мышечных слоёв мочевого пузыря; следующим шагом является перфорация слизистой мочевого пузыря и подведение к ране конца резецированного мочеточника; мочеточник тремя П-образными викриловыми швами фиксируется к стенке мочевого пузыря на глубине 5 мм от края раны; предварительно в мочеточник вставлена и выведена через

уретру полихлорвиниловая трубка, на которую животные после пробуждения также вели себя агрессивно и самостоятельно ее удаляли, в этой связи в дальнейшем было предложено производить стентирование мочеточника во время операции. Стенты были удалены на 20-е сутки путём цистоскопии. Для исключения обструкции на 30-ые, 60-ые и 90-ые сутки после операции произведено УЗИ МВС, при котором не было установлено наличия уретерогидронефроза. С целью исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса произведена цистография с контрастом, при которой также рефлюкс не был выявлен. На 90-ые сутки произведена операция – резекция зоны анастомоза с целью гистологического исследования, при котором выявлены следующие изменения: диаметр пересаженного сегмента соответствует нормальному размеру мочеточника кролика, имеет место незначительно утолщение стенки мочеточника, гипертрофия и внутриклеточная гиперплазия.

Заключение. Таким образом, экспериментально доказана клиническая эффективность и безопасность применения экстравезикальной реимплантации мочеточника.

Ибодов Х., Рофиев Р., Мираков Х., Давлатов А.

ЛЕЧЕНИЕ НЕРЕФЛЮКСИРУЮЩЕГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Оптимизация консервативного и хирургического лечения нерефлюксирующего мегауретера у детей.

Материал и методы исследования. За период 2016 по 2021 гг. в клинике оперировано 110 детей с нерефлюксирующим мегауретером. Среди оперированных детей мальчиков было 70 (63,6%), девочек - 40 (36,4%), в возрасте от рождения до года было 45, от 1 года до 3 лет - 34, от 3 до 7 – 22 и от 8 до 16 лет - 9 больных. Нейромышечная дисплазия слева обнаружена у 62 детей (56,3%), справа - у 40 детей (36,4%), и двухсторонняя - у 8 (7,3%) пациентов. Мегауретер антенатально диагностирован у 28 (25,4%) детей: первой степени - у 5, II степени - у 9, III степени - у 10, IV степени - у 4 больных.

После поступления в отделение выполнялась оценка общего состояния всех пациентов, выявлялось наличие или отсутствие инфекционных осложнений, проводилась оценка функционального состояния почек по данным биохимических анализов крови (общий белок, мочевины, креатинин, СКФ, мочевины, натрия, калий, хлор). Всем детям проводилось УЗИ почек, у 53 выполнена мультиспиральная КТ с контрастным усилением в 3D-режиме.

Основными критериями диагностики мегауретера в перинатальном периоде являются расширение передне-заднего размера лоханки, визуализация расширенного мочеточника и при ЦДК – ослабление почечного кровотока в пораженной стороне. Доппле-

рография давала возможность определить почечную гемодинамику антенатально и после рождения ребенка, то есть в постнатальном периоде.

Большое значение имеет доскональное изучение гемоциркуляции почек у детей с обструкцией мочевыводящих путей, по данным которых проводится разработка критериев её нарушения.

При диагностике аномалий дистального отдела мочеточника – наличие удвоения, сужения или уретероцеле – целесообразно применение мультиспиральный КТ с контрастированием в 3D-режиме. По данной методике обследованы 45 (41%) детей с нейромышечной дисплазией дистального отдела мочеточников.

После проведения комплексного обследования всем больным проведено консервативное и оперативное лечение. В результате проведения консервативной и миниинвазивной терапии в течение до 2 лет уродинамика восстановилась, прошли явления уретерогидронефроза у 30 (27,2%) пациентов.

У 32 (29%) больных выполнены черескожная пункционная нефростомия, направленная на сокращение собирательной системы почки, мочеточника, а также подготовка к оперативному лечению. Оперированные больные (84) разделены на 3 группы: I группа – по методу Политано – Ледбеттера (29); II группа – по Коэну (20); III группа – по методу неоуретеровезикоанастомоза с антирефлюксной защитой, разработанной в клинике детской хирургии (35).

После операции Политано-Ледбеттера осложнения отмечены у 8 (27,5%) больных, по методу Коэна – у 4 (20%) и по методу неоимплантации с антирефлюксной защитой – у 5 (14,2%).

Заключение. Таким образом, метод реимплантации мочеточника, разработанный в клинике детской хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ в эксперименте и апробированный в клинике является достаточно эффективным способом лечения мегауретера у детей. Данная методика высокоэффективна у детей старше 1-3 лет, что составляет 85,8%.

Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений врожденной высокой кишечной непроходимости (ВКН) у новорожденных и детей старших возрастных групп.

Материал и методы исследования. На клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 347 детей с различными формами ВКН в возрасте от 1 дня до 18 лет. Среди больных преобладали мальчики – 213 (61,4%), девочки составили 38,6% (134).

Больным проводились комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование – ЖКТ, ирригография. При сложных случаях диагностики проведена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости. У 139 (40,0%) больных

отмечены признаки высокой кишечной непроходимости, у 208 (60,0%) – низкой кишечной непроходимости.

Результаты и их обсуждение. При высокой КН причинами были: пороки развития самой duodenum (атрезия – 7 (5,0%), стенозы – 5 (3,6%), мембраны – 21 (15,1%); наружное сдавление двенадцатиперстной кишки (ДПК) перидуоденальными спайками – 4 (2,9%), кольцевидная или клешневидная поджелудочная железа – 33 (23,7%); смешанные формы – 1 (0,7%). В 68 (49,0%) случаях высокая кишечная непроходимость была обусловлена мальротацией.

При высокой врожденной кишечной непроходимости с наружной обструкцией двенадцатиперстной кишки производится иссечение тяжей и мобилизация duodenum, восстановление ее формы и нормальной синтопии по отношению к верхним брыжеечным сосудам. В случаях внутренней обструкции (мембраны, стеноз) методом

выбора оперативного вмешательства является дуоденотомия (с иссечением мембраны или ликвидации стеноза) и дуоденопластика. При кольцевидном pancreas раньше накладывали дуодено-дуодено анастомоз. В настоящее время в подобных состояниях методом выбора операции считается ромбовидный дуодено-дуоденоанастомоз по Kimura.

При анализе непосредственных результатов оперативного лечения у больных выявлены различные послеоперационные осложнения, среди которых наиболее часто наблюдались: динамическая непроходимость кишечника (18), несостоятельность анастомоза (2), спаечная кишечная непроходимость (7), осложнения со стороны операционной раны (3). Частота, вид и тяжесть

осложнений и непосредственные результаты лечения были различными в зависимости от возраста больных детей, характера самой патологии и проведенного оперативного вмешательства.

Заключение. Комплексный подход к дооперационной диагностике позволяет более точно ориентироваться в различных анатомических формах ВКН, в выборе тактики и установлении оптимальных сроков проведения операции. Выбор оперативного вмешательства определяется анатомическим вариантом порока, подтверждаемым интраоперационными находками. Тактика должна быть дифференцированной в каждом отдельном случае, максимально направленная на коррекцию выявленных компонентов.

Ибрагимов Ш.С., Тоиров М.Г., Расулзода С.Ч., Сайфуллоев Н., Ибрагимов А.Ш.

ТАШХИС ВА ПЕШГИРИИ ГЕПАТИТҶОИ ВИРУСӢ ДАР СОҶАИ СТОМАТОЛОГИЯ

Кафедраи стоматологияи Шӯъбуи Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар шаҳри Бохтар

Яке аз маъмултарин бемориҳои ҷигар ин гепатит ба шумор рафта, то имрӯз 9 намунаи гепатитҳои вируси ошкор гардида, ҷаҳор намунаи он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон паҳн гаштааст.

Гепатитҳои вируси гурӯҳи бемориҳои аз рӯи этиология ба ҳам шабоҳат надошта ва дар ҳамин ҳол маризҳои гузарандае ҳаст, ки ангеизандашон вирусҳои гепатотропӣ мебошанд.

Аз рӯи тартиби роҳҳои гузариш гепатитҳоро ба ду гурӯҳ ҷудо мекунанд:

– Сироятшавӣ бо тартиби фекалий-оралӣ (гепатитҳои А, Е);

– Бо воситаи хун, маводҳои бо хун алоқаманд дошта ва ё ба тариқаи алоқаи ҷинсӣ доштанд (гепатитҳои В, С, D, Г, F ва гайраҳо).

То ҳол аниқ ва ҷи гунна ба ҷисми бемор роҳ ёфтааст гуфта наметавонем, ҷунки дигари эҳтимоли интиқоли ин беморӣ ё олудашавию сироятёбии дар ҷомеаи мо вучуд дорад, Аз ҷумла:

– риоя накардани талоботи безараргардонӣ ва таъмизгардонии асбобҳои бисёркаратаи асбобҳои тиббӣ ҳангоми даҳлати ҷарроҳии ҷоғу рӯй, сузандорӣ ва хунгузаронӣ;

– ҳама гунна амалҳое, ки ба бадан ё дохили ғус ва ҳангоми тазриқи маводи доруворӣ, яъне ба хун таъсир расонида мешавад;

– риоя накардани талоботи безараргардонии асбобҳои дар сартарошхонаҳо кошоноҳои ҳусни занона;

– ба тариқи алоқаи ҷинсӣ;

– дар байни нашъамондон, яъне истифодаи як сӯзан барои як ҷанд нафар;

– инчунин шахси бемор метавонад вирусҳои фекалий ҷудо намояд ва онҳо тавассути об ё хӯрок ба рӯдаҳои шахсони дигар ворид шавад, ки хоси гепатитҳои вирусии А ва Е мебошанд.

То ҳол сарҷашмаи ҳолатҳои сироятшавӣ дар ҳаҷми 40% номаълум мемонад.

Навъи А зардпарвини одди буда, дар байни кӯдакон бисёртар мушоҳида карда мешавад. Аломатҳои асосии пайдошудаи нишонаҳои он аз 2 то 4 ҳафтаро дар бар мегирад. Гепатити А то пайдо шудани зардпарвин ба зуком монанд буда, ҳарорати бадан баланд гардида дарди сар ва бадан пайдо мешавад.

Вирусҳои ангеизандаи гепатитҳои В, С, D, Г, F, ки замони ошкор гаштани онҳо то 6 моҳ бе ягон нишона дар бадани инсон идома ёфта, танҳо пас аз ташҳиси озмоишгоҳии хун

метавон муайян кард. Ин навъҳо музмин ва душвор табобатшаванда мебошанд.

Аломатҳои асосии пайдошудаи нишонаҳои онҳо аз 2 то 6 моҳро дар бар мегирад. Гирифтورشавӣ ба ин навъҳои гепатитҳо дар аввал ба баландшавии ҳарорати бадан, дардҳо дар буғумҳою мушакҳо, сустӣ, гирифтани иштиҳо, пайдо шудани дард дар кабурғаҳои рост, дилбеҳузурӣ, қайқуни, сиёҳшавии пешоб, сафедшавии фазла (ахлот), хориши пӯст, васеъшавии ҷигару испурҷ ва ситорачаҳои рағҳои зерӣ пӯст дида мешавад.

Барои ташҳис гузаронидан ба ғайр аз аломатҳои пайдошуда, бевосита таҳлили пешоб, хун (таҳлили серологӣ) ва дар ҳолатҳои вазнин биопсияи ҷигар гузаронидан шарт ва зурур аст.

Барои пешгирӣ ва мубориза ба бемориҳои вирусии ҷигар, алаҳусус гепатитҳо:

- тибқи фармоиши Вазири Тандурустӣ «Дар бораи дар амалияи муассисаҳои стоматологӣ ворид намудани истифодаи тестҳои фаврӣ оид ба муайян намудани вируси гепатитҳои В, С ва ВНМО дар ҳамаи муассисаҳои стоматологӣ»;

- иҷрои фармоишҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, махсусан талаботи санадҳои меъёрии ҳуқуқӣ оид ба риояи речаи беҳдоштӣ, тамйиз ва безараргардонии асбобу лавозимоти тиббии бамаротиб истифодашаванда;

- ташкили муассисаҳои стоматологӣ тибқи қоидаю меъёрҳои санитарияю эпидемиологӣ ва ба стандартӣ ҷавобгӯ будан;

- бо таҷҳизотҳои муосири тиббӣ аз он ҷумла дастгоҳҳои стоматологӣ, ташҳисӣ ва тамйизу безараргардонӣ ба роҳ мондан;

- барои беморон истифодаи асбобҳо ва маводҳои яккаратӣ;

- дар сатҳи тамоми муассисаҳои стоматологӣ, ҷиҳати коргузорӣ, бақайдгирӣ, кушодани кортҳои дармонгоҳи ва сабти анҷом додани дастамалҳои тиббӣ ба беморон, аз ҷумла пеш аз истифода намудани асбобу лавозимоти тамйизшуда дар ҳузури бемор санҷидани ҳолати маҳкам будани бастаҳои қоғазии крафти, зикр шудани санаи тамйизгардонӣ ва мавҷудияти индикаторҳо, сабт намудани рӯзу соати кушодани бастаҳои қоғазии крафти мавриди истифода қарор додани асбобу лавозимоти мазкур;

- тавассути табибони стоматолог, табибони оилавӣ, санитарияю эпидемиологӣ ва марказҳои ташаққули тарзи ҳаёти солим ба роҳ мондани корҳои ташвиқоти ва таълимоти ҷиҳати баланд бардоштани фарҳанги тиббии ҷомеа оид ба пешгирии бемориҳои сирояти;

- барои мутлақо хотирҷамъ будан вақсинасия (эмгузаронӣ) қардан беҳтару хубтар мебошад.

Хулоса. Ҳар кас табиби ҳудаш буда, саломати дар дасти ҳуди ӯст. Ҳамаи амрҳои дар боло зикр шуда далели он аст, ки сатҳи бемориҳои сироятии гепатит коҳиш ёфта ва роҳҳои интиқоли навъҳои бемории уфунӣ ҷигарро паст мекунад. Пешгирӣ беҳ аз табобат буда, чунки шакли музмини бемориҳои мазкур хатари зиёд дошта, ки аксаран ба сирроз, саратони ҷигар ва оқибат ба марг оварда мерасонад.

Иброҳимов Н.К., Мухиддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Абдуллозода Ф.,

РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КАЛЦИНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГУ "ИПОВСЗ РТ"

Цель исследования. Оценить эффективность резекции печени при кальцинированном эхинококкозе.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов 28 резекций печени при кальцинированной фиброзной капсуле. Среди больных было 17 (60,7%) женщин и 11 (39,3%) мужчин. Возраст наблюдавшихся больных варьировал

от 16 до 64 лет. Диаметр эхинококковых кист колебался от 5 до 20 см. Показания к резекции печени ставили с учетом размеров и их локализации, состояния фиброзной капсулы и оставляемой остаточной полости, взаимоотношения кисты с крупными сосудисто-секреторными структурами, предполагаемого объема уходящей здоровой паренхимы.

Несмотря на тщательное обследование

с помощью УЗИ и КТ в дооперационном периоде, окончательное решение в пользу резекции принимали во время операции, ориентируясь на данных ИОУЗИ.

Результаты и их обсуждение. Объем резецированной части печени вместе с эхинококковой кистой варьировал от сегмента до одной половины органа. Из 28 резекций печени большие по объему РП были произведены 5 (17,8%) больным. Под большой резекцией мы подразумевали операции от левосторонней кавальной лобэктомии (II-III сегментов) до резекции одной анатомической доли печени. Из них правосторонняя гемигепатэктомия - 1, левосторонняя кавальная лобэктомия - 4. Малые (экономные) РП произведены 23 (82,2%) больным, из них

бисегментэктомия - 6, сегментэктомия - 17. Малые РП выполнялись атипичным способом, отступая от края кисты на 1,5-2,0 см.

Специфические послеоперационные осложнения наблюдали всего у 1 (3,57%) больного - после ЛГТЭ сформировался наружный желчный свищ. Ввиду того, что процесс ограничился подпеченочным пространством и дренирование желчи было адекватным, последний самостоятельно закрылся на 12 сутки.

Заключение. Таким образом, выполненная по показаниям резекция печени при кальцинированной фиброзной капсулы позволяет достоверно сократить частоту специфических послеоперационных осложнений и сроки пребывания больных в стационаре.

^{1,2}Икромов Т.Ш., ²Мурадов А.М., ²Абдулалиев А.А.,
³Лоикзода Дж.Д., ^{1,3}Иброхимзода А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ У ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗи СЗН РТ

²ГОУ "ИПОВСЗ РТ"

³ГУ «Медицинский комплекс "Истиклол"»

Цель исследования. Изучить влияние применения гемодиализа в периоперационной подготовке у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы исследования. Нами исследовано 32 ребенка с уролитиазом, осложненным ХБП. 20 больных находились в IV некомпенсированной стадии (СКФ 29-15 мл/мин) и 12 больных в V терминальной стадии (СКФ менее 15 мл/мин). Возрастная категория - от 12 до 18 лет. У 12 (60,0%) из 20 больных с IV стадией ХБП и 5 (41,7%) больным из 12 пациентов с V стадией ХБП для более адекватной коррекции нарушений гомеостаза, гемодинамики и общего состояния по их информационному согласию в комплекс интенсивной терапии в предоперационном периоде был включен гемодиализ (ГД).

Результаты и их обсуждение. Проведенная комплексная интенсивная терапия (КИТ) не дала желаемого результата в периоперационной подготовке, состояние этих детей

оставалось тяжелым или крайне тяжелым, сопровождалось нестабильной гемодинамикой, синдромом острого легочного поражения (СОЛП) и интерстициальным отеком легких, выраженным синдромом эндогенной интоксикации (СЭИ), ДВС-синдромом и другими органными осложнениями.

Мы изучили пробы крови по общеизвестным параметрам, а также провели оценку влияния гемодиализа на детоксикационную функцию легких (ДФЛ) у детей с уролитиазом, осложненным ХБП, т.к. нарушение данной функции является одним из патогенетических звеньев развития утяжеления состояния больных.

Гемодиализ, как компонент КИТ, в предоперационной подготовке был проведен 17 больным, из них по 1 - 2 сеанса - 12 больным с IV стадией ХБП, по 3 - 5 сеансов - 5 пациентам с V стадией ХБП. В зависимости от отека легкого синдрома, наличия признаков интерстициального или альвеолярного отека легких проводилась ультрафильтрация.

Изучение маркеров интоксикации у детей с уролитиазом, осложненным V стадией ХБП, до лечения выявило развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации с различными нарушениями ДФЛ: у 16,6% 1б стадия – компенсированная с выраженными нарушениями, у 41,7% - 2 субкомпенсированная стадия и у 41,7% - 3 декомпенсированная стадия, в связи с чем они условно были разделены на три подгруппы. ГД, как метод предоперационной подготовки, проведен 5 (41,7%) из 12 больных этой группы.

Анализ результатов КИТ с включением в программу предоперационной подготовки ГД показал, что у детей с некомпенсированной и терминальной стадиями ХБП значительно снизилась степень СЭИ и улучшились компенсаторные возможности ДФЛ, стабилизировались показатели гомеостаза и дыхательные функции, улучшилась остаточная функция почек, стабилизировалась центральная и регионарная гемодинамика, что привело к улучшению общего состояния больных детей.

Анализ осложнений в группах больных, которым проведена только консервативная КИТ и КИТ с включением в программу ГД, показал, что во второй группе осложнений было намного меньше, чем в группе больных, оперированных с 4 некомпенсированной стадией ХБП без предварительной КИТ и ГД (соответственно 26,7% и 9,8%). Кроме того, после применения ГД мы не наблюдали случаев послеоперационных кровотечений из оперированной почки, пиелонефритической атаки, нагноения раны, развития мочевого свища, уросепсиса и др.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о положительном эффекте ГД в комплексе лечения больных не только терминальной, но и некомпенсированной стадий ХБП. Применение ГД в предоперационной подготовке у детей с уролитиазом в 4 и 5 стадиях ХБП, несомненно, улучшит результаты оперативного вмешательства, что снизит число осложнений в послеоперационном периоде.

^{1,2}Икромов Т.Ш., ^{1,4}Абдулалиев А.А., ^{1,3}Ибодов Х.И.,

^{1,2}Ходжаева Дж.К., ^{2,4}Мамадаминова С.Х., ⁴Ахмедова Ш.М.

ПРОФИЛАКТИКА ПНЕВМОНИИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОКЭКТОМИИ ИЗ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

¹ГОУ "ИПОВСЗ РТ"

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗи СЗН РТ

³НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

⁴ГУ «Комплекс здоровья "Истиклол"»

Цель исследования. Установление связи развития пневмонии после эхинококкэктомии из легких с обработкой спиртовым раствором эхинококковой полости.

Материал и методы исследования. Проведено исследование 21 ребенка контрольной и 21 больного, леченного традиционным способом, с эхинококковой болезнью: эхинококк правого легкого (5), эхинококк левого легкого (6), эхинококк обоих легких (4), эхинококк правого легкого (3) и печени, эхинококк обоих легких (3) и печени. Возрастная градация: детей в возрасте от 5 до 7 лет было 5 больных, от 8 до 11 лет - 7 больных и в возрасте от 12 до 16 лет - 9 больных. В зависимости от объема и количества жидкостного содержимого эхи-

нококковые кисты были распределены на: маленькие (2,0 см), средние (4,0 см), большие (6,0 см) и гигантские кисты (>6см).

Результаты и их обсуждение. Больным было проведено оперативное вмешательство под общим обезболиванием в сочетании НЛА и кетамин. Наркоз проведен с применением ИВЛ в режиме ABS аппаратом Гемилтоном С1 и 2. Премедикация выполнена за 30 мин. до начала основного наркоза в составе: атропин, димедрол и промедол из расчета 0,1 мл / год жизни. Вводный наркоз проводили тиопенталом натрия из расчета 3,0 - 5,0 мл/кг массы тела. Общий наркоз проводили НЛА (фентанил 1,0 мл на 10 кг массы тела, дроперидол 0,02 мл/кг) и кетамин

2,0-3,0 мл/кг. В качестве основного анестетика использовали кетамин через каждые 15-20 мин. Фентанил использовали в травматичные моменты операции. До начала наркоза больного подключили к кардиомонитору и по ходу операции контролировали параметры сердечной и респираторной систем. Параметры ИВЛ устанавливали по массе тела или росту ребенка. После выделения эхинококковой кисты производили вскрытие последней и удаляли хитиновую оболочку, после чего электроотсосом санировали эхинококковую полость. Для обезвреживания полости использовали салфетки, обильно смоченные спиртом. В это время есть опасность попадания раствора спирта во время вдоха через бронхиальные свищи в дыхательную систему, что может вызывать ожог слизистых бронхов и последующее развитие в послеоперационном периоде пневмонии. Чтобы этого не случилось, перед обработкой эхинококковой полости раствором спирта мы переводим больного на ручную вентиляцию и проводим

высокочастотную вентиляцию, чтобы создать РЕЕР и повышенное давление в дыхательной системе во избежание попадания спирта в дыхательную систему. Благодаря применению этой методики данного осложнения не наблюдалось. После окончания промывания эхинококковой полости больного переводят в режим ИВЛ ABS.

Следует отметить, что у детей с традиционным методом ведения операционного периода в послеоперационном периоде отмечалось развитие пневмонии - 4 случая с гигантской кистой, что подтверждено клиническим, рентгенологическим и бронхоскопическим исследованием.

Заключение. Таким образом, высокочастотная вентиляция легких и РЕЕР больше +7 мм вод.ст. на основном этапе операции препятствуют во время обработки эхинококковой полости забросу спиртового раствора в дыхательные пути, тем самым предупреждая развитие пневмонии в послеоперационном периоде.

Имомова Ф.З., Каримов С.М.

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПУЛЬПАРНО-ПЕРИОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В АССОЦИИИ С МЕЖСИСТЕМНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Оценить результаты изучения заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями.

Материал и методы исследования. Для достижения указанной цели проведен ретроспективный анализ 568 амбулаторных карт путем случайной выборки стоматологических пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями (основная группа) и 570 амбулаторных карт пациентов без соматической патологии (группа сравнения), первично обратившихся к сотрудникам кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ. Из обследованных пациентов основной группы мужчин было 270 (47,5%), женщин – 298 (52,5%), в контрольной группе эти значения составили 296 (51,9%) и 274 (48,1%) соответственно.

Среди пациентов основной и сравниваемой групп проанализировали поражаемость

пульпарно-периодонтального комплекса для выявления пульпита и периодонтита анатомических групп зубов (резцы, клыки, премоляры и моляры) обеих челюстей по окклюзионным сегментам, а также структуру нозологических форм данных заболеваний в отдельности и их связь с наличием межсистемного нарушения целостного организма, а также между собой.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что среди обследованного контингента больных с внутрисистемными нарушениями распространенность воспаления пульпы составила 209 (36,8%) случаев на 568 обращений. Значение исследуемого показателя в группе пациентов без соматической патологии составило 139 (24,4%) на 570 обращений. При структуризации различных форм воспалительных заболеваний пульпы среди пациентов основной группы было диагностировано абсолютное

преобладание хронического фиброзного пульпита и его обострения при значении 145 (69,4%) обращений ($p < 0,05$). Остальные формы пульпита распределялись по убыванию в нижеследующем порядке: острый гнойный пульпит – 50 (23,9%), хронический гангренозный пульпит – 7 (3,3%), острый очаговый пульпит – 9 (2,4%), хронический гипертрофический пульпит – 2 (1,0%) от общего количества обращений.

Распространенность хронического периодонтита среди обратившихся пациентов основной группы составила 183 (32,2%) случая на 568 обращений, а у пациентов контрольной группы аналогичного возраста значение данного показателя в среднем составило 153 (26,8%) случая на 570 обращений. Проведенный анализ среди пациентов основной группы показал, что острый верхушечный периодонтит диагностирован всего в 4 (2,3%) случаях, в то время как хронический верхушечный периодонтит – в 139 (75,9%),

обострение хронического процесса описаны в 40 (21,9%) картах.

При анализе структуры различных форм хронических периодонтитов среди амбулаторных карт контрольной группы обнаружено преобладание хронического периодонтита фиброзной формы (72,3%). В 22,1% амбулаторных картах зарегистрирована гранулематозная форма хронического периодонтита, значение гранулирующей формы хронического периодонтита составило 5,6%.

Заключение. Независимо от общего состояния организма, у стоматологических пациентов обеих групп в структуре поражения хроническим периодонтитом различных функционально-ориентированных групп зубов верхней и нижней челюстей можно отметить преимущественное поражение нижних моляров – в 2,3 раза. При анализе взаимосвязей не обнаружено достоверной корреляции между пульпитом и периодонтитом во фронтальной группе зубов.

Исмоилов М.М., Шаймонов А.Х., Мирзоев Н.М., Шамсов Н.Х.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ ГРУДИ И ШЕИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оптимизация комбинированного лечения больных с последствиями ожогов подбородка, шеи и груди у женщин.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 12 женщин с последствиями изолированных поражений высокими температурами области подбородка, шеи и груди, поступившие в отделения восстановительной хирургии и пластической микрохирургии в период с 2010 по 2020 годы. Средний возраст больных составил $24,3 \pm 2,1$ года. По этиологии, в 6 случаях поражение возникло от воздействия открытого пламени, в 3 случаях отмечалось поражение горячим маслом, ещё в 3 случаях – горячей водой. Средний размер поражённого участка составил $32,4 \pm 8,9$ см². Все больные поступили в плановом порядке.

Что касается методики исследования, то она включала несколько разновидностей. Дискриминационная чувствительность измерялась до и после проведения операции, с использованием циркуля. Измерение

проводилось в двух точках (при пересадке свободных лоскутов): на краю лоскута, и в центре. В дополнение к этому проводилось измерение температуры по той же методике, но уже с использованием специальной аппаратуры.

Результаты и их обсуждение. В первые годы проведения исследования при обширных дефектах практически во всех случаях использовалась методика замещения дефекта после иссечения рубцово-изменённых тканей посредством свободного полнослойного лоскута. Данная методика использовалась в трёх случаях для замещения дефекта в области подбородка. При этом отсутствие давления на поверхность тканей лоскута, необходимого для лучшего приживления, нивелировалось использованием специальных бандажей, а также эластичных бинтов в области подбородка. Всё же, даже несмотря на это, лоскут полностью прижился только в одном случае. В одном случае отмечалось полное отторжение лоскута, в другом – частичное приживление. При этом в обоих

случаях в зонах отторжения удалось добиться относительно успешного замещения дефекта за счёт заращения нежной соединительной тканью.

Однако полагаться только на удачное стечение обстоятельств непозволительно при проведении реконструктивных операций при локализациях, где крайне важен конечный эстетический вид. Поэтому в дальнейшем была разработана тактика ведения больных с поражением подбородка и зоны декольте. Было решено использовать методику замещения дефекта полнослойным лоскутом лишь у тех больных, у которых рубец представлял равномерно «разлитую» площадку, и при большой площади рубцово-изменённых тканей.

В случаях же наличия рубцового тяжа по средней линии было решено использовать местно-пластические операции, такие как пятилокутная методика, а также Butterfly.

Данный алгоритм ведения пациентов был применён в 9 случаях. Пятилокутная пластика применялась в 4 случаях, в то время как методика Butterfly - в пяти случаях. Оперативное вмешательство во всех случаях проводилось под общим эндотрахеальным наркозом. Отмечалось значительное уменьшение временных затрат на проведение хирургического вмешательства ввиду отсутствия необходимости выделения тканей свободного лоскута, а также пересадки его в месте иссечения рубца.

Основными критериями оценки в ближайшие сроки после хирургического вмешательства были:

- форма и выраженность шейно-подчелюстного угла;

- приживление лоскутов;
- симметричность обеих сторон шеи и зоны декольте;
- состояние тканей в донорской области.

В целом, все эти параметры в послеоперационном периоде были в пределах нормальных показателей. Среди 9 случаев местной пластики нагноение отмечалось лишь в одном случае и было устранено посредством дренирования подлокутного пространства с последующим применением антибактериальных препаратов и гипертонического раствора. В двух случаях наблюдался краевой некроз, который был устранён путём ослабления натяжения, удалением некоторых швов и применением гепариновой мази. Функциональные результаты, включавшие градус поворота головы, ограниченность кивательных движений и прочую активность в зоне хирургического вмешательства, показали хорошие результаты во всех случаях.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности применения пятилокутной пластики и реконструкции с применением методики Butterfly для устранения послеожоговых контрактур и рубцов шеи. Применение свободных лоскутов часто не только не приносит положительных результатов, но и значительно усугубляет общее состояние поражённых тканей. Несмотря на удовлетворительные функциональные результаты от реконструктивно-пластических операций с использованием местных тканей, эстетический результат продолжает оставлять желать лучшего.

Исмоилов М.М., Шаймонов А.Х., Саидов М.С., Исмоилов Э.Х.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСВОБОДНОГО ПАХОВОГО ЛОСКУТА ПРИ ПРОСТЫХ ПОВЕРХНОСТНЫХ ДЕФЕКТАХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить отдалённые результаты использования пахового лоскута при простых послеожоговых поверхностных дефектах покровных тканей верхних конечностей.

Материал и методы исследования. Были проанализированы результаты хирургического лечения 51 больного с поверхностными

послеожоговыми дефектами покровных тканей верхних конечностей, обратившихся в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2000 по 2021 годы. Основными показателями эффективности лечения явились функциональные и эстетические результаты оперативного лече-

ния. В зависимости от протяжённости дефекта больные были разделены на три группы: I группа – группа малых дефектов – площадь до 100 см² – 27 пациентов; II группа – группа средних дефектов, размеры 100 – 250 см² – 22 пациента; III группа – группа больших дефектов, размер дефектов составил более 250 см², в эту группу вошли двое больных.

Для оценки функционального результата хирургического вмешательства использовалась упрощённая шкала оценки DASH из десяти пунктов, согласно которой результаты делились на три группы:

- хорошие – восстановление не менее 90% тонких и грубых захватов кисти, отсутствие грубых деформирующих рубцов, нормальное функционирование проксимально расположенных суставов;
- удовлетворительные результаты – процент восстановления грубых и тонких захватов кисти составляет более 60%, наличие остаточной деформации в области повреждения;
- восстановление тонких и грубых захватов ниже 60%, многочисленные деформации и рубцы.

Результаты и их обсуждение. Укрытие дефектов, образовавшихся после иссечения рубцовой ткани, проводилось во всех случаях с использованием пахового лоскута, кровоснабжение которого было основано на поверхностной нижеэпигастральной артерии. Средний размер дефекта в первой клинической группе составил 52,8±25,2 см². Все дефекты этой группы располагались проксимально. При укрытии паховым лоскутом малых дефектов особое

значение имеет корректное соотношение между толщиной и площадью выкраиваемого лоскута. Из всех групп больные с малыми дефектами имели худшие показатели при укрытии несвободным паховым лоскутом.

Средний размер дефектов во II клинической группе составил 116,9±26,8 см². Дефекты чаще всего имели смешанную анатомическую локализацию, то есть располагались в нескольких анатомических зонах. Так как объём поражения был большим, то в данной клинической группе использовались авторские разработки с применением выкраивания пахового лоскута с противоположной верхней конечности.

Средний размер дефектов в III клинической группе составил 420±40 см². В этой группе дефекты располагались в нескольких анатомических группах. Укрытие дефекта осуществлялось за счёт комбинирования пахового лоскута с другими видами (например, с формированием комбинации с лоскутом широчайшей мышцы спины).

Наилучшие функциональные и эстетические результаты отмечались во II и III клинических группах. Это подтверждают результаты применения шкалы DASH.

Заключение. При послеожоговых дефектах верхних конечностей важно выбирать тактику хирургического лечения в зависимости от площади дефекта. Наиболее хорошо укрытие несвободным паховым лоскутом подходит для средних и больших дефектов, в последнем случае эффективны комбинации и формирование мегалоскутов. При малых дефектах лучше воспользоваться методами местной пластики и свободными лоскутами.

¹Исмоилова М.Ш., ^{1,2}Мурадов А.М., ^{1,2}Шумилина О.В.,
³Мурадов А.А., ⁴Рустамова М.С.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ, УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННЫХ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ

¹ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

³ФГБУ "НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева", Москва, РФ

⁴ГУ «ТНИИ АГиП» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучение структурно-функционального состояния левого желудочка сердца при умеренной и тяжелой преэклампсии беременных в третьем триместре.

Материал и методы исследования. Изучены результаты клинко-лабораторного и инструментального исследования 200 женщин детородного возраста, которые были ус-

ловно разделенных на 4 группы: 1 группа - 50 (25,0%) женщин с физиологическим течением беременности (ФТБ); 2 группа - 50 (25,0%) беременных с умеренной преэклампсией (УПЭ); 3 группа - 50 (25,0%) беременных с тяжелой преэклампсией (ТПЭ); 4 группа контрольная - 50 (25,0%) здоровых небеременных женщин детородного возраста (ЗНЖДВ).

Преэклампсия диагностировалась и лечилась на основании критериев и рекомендаций ВОЗ по классификации МКБ 10-го пересмотра (1998), а также рекомендаций МЗиСЗН РТ, принятой Ассоциацией акушеров-гинекологов, при поступлении беременных в ГЦРЗ и родильные дома. Подбор и рандомизация по группам проводилась по возрасту, паритету родов и другим требованиям, которые не могли бы исказить результаты исследования.

Выявлено, что УПЭ и ТПЭ беременных развиваются в любом возрасте репродуктивного периода, как в раннем, так и в позднем. Наиболее часто эта патология встречается в возрасте 19-29 лет, составляя 58,0% от общего количества беременных женщин. В возрастных когортах 30-40 лет и старше УПЭ и ТПЭ встречается в 10,0%, а до 19 лет - в 10,6% случаях беременности.

Исследование эхокардиографии левого желудочка (ЛЖ) проводилось на аппарате «Аллока-650-SSD» с доплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр Гц, конвективный датчик 3,5 МГц) по стандартной методике в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ по стандартным методикам методом (Шиллер Н., Осипов М.А., 1993; Feigenbaum Н., 1996). Определялись ударный объем (УО), фракция выброса ФВ, конечно-диастолический объем (КДО), конечно-систолический объем (КСО), конечно-диастолический размер (КДР) и конечно-систолический размер (КСР).

Результаты и их обсуждение. Как показали доплерографические исследования структурно-функционального состояния ЛЖ, проведенные у беременных с УПЭ 2 группы и ТПЭ 3 группы, по сравнению с показателями ФТБ 1 группы и ЗНЖДВ 4 группы выявляются статистически значимые изменения в зависимости от тяжести течения преэклампсии фактически по всем показателям - УО, ФВ, КДО, КСО, КДР, КСР и др.

Исследования доплерографических показателей у 50 беременных с УПЭ в третьем триместре показали, что, по сравнению с контрольной группой, отмечается: достоверное увеличение ФВ на 7,9% ($p < 0,001$); повышение систолических и диастолических размеров

сердца КДР и КСР на 13,3% ($p < 0,001$) и на 12,9% ($p < 0,001$); на фоне увеличения преднагрузки и роста объемов желудочков КДО на 4,0% ($p < 0,001$) и уменьшения КСО на 8,2% ($p = 0,018^*$).

При сравнении этих показателей с данными 1 группы ФТБ выявляется: достоверное снижение ФВ на 7,3% ($p < 0,001$); уменьшение систолических и диастолических размеров сердца КДР и КСР на 5,6% ($p < 0,001$) и на 7,9% ($p < 0,001$); снижение объемов желудочков КДО и КСО на 20,4% ($p < 0,001$) и на 20,3% ($p < 0,001$) соответственно.

Исследования доплерографических показателей у 50 беременных с ТПЭ в третьем триместре показали, что, по сравнению с контрольной группой, отмечается: отсутствие статистически значимой разницы по ФВ ($p = 1,000$); увеличение систолических и диастолических размеров сердца КДР и КСР на 8,9% ($p < 0,001$) и на 6,5% ($p < 0,001$); на фоне увеличения пред- и постнагрузки, снижение объема желудочка КДО на 7,6% ($p < 0,001$) и повышения КСО на 9,1% ($p < 0,001$). При сравнении этих показателей беременных с ТПЭ в третьем триместре с данными 1 группы ФТБ в третьем триместре выявляется: достоверное снижение УО и, соответственно, ФВ на 14,1% ($p < 0,001$); уменьшение систолических и диастолических размеров сердца КДР и КСР на 9,3% ($p < 0,001$) и на 13,2% ($p < 0,001$); снижение объемов желудочков КДО и КСО на 29,3% ($p < 0,001$) и на 5,3% ($p < 0,001$).

Сравнительный анализ этих показателей между беременными с УПЭ 2 группы и ТПЭ 3 группы выявил значительные статистические достоверные негативные сдвиги в соответствии с тяжестью течения преэклампсии: на фоне достоверного снижения УО также происходило снижение ФВ на 7,4% ($p < 0,001$); уменьшение систолических и диастолических размеров сердца КДР и КСР на 3,9% ($p < 0,001$) и на 5,7% ($p < 0,001$) соответственно; снижение КДО на 11,2% ($p < 0,001$) и увеличение КСО и на 14,4% ($p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, как показали доплерографические исследования структурно-функционального состояния ЛЖ сердца, проведенные при ФТБ, у беременных 1 группы происходит адаптационное реморделирование сердца и повышение его массы в связи с необходимостью достаточно эффективного обеспечения системы кровообращения, метаболического обмена матери и плода. У беременных с ТПЭ, по сравнению с УПЭ, по мере нарастания дисбаланса ВНС, преобладания симпатических влияний происходило усиление вазоконстрикции,

эндотелиальной дисфункции, нарушение общего и регионарного кровообращения с развитием синдрома «малого выброса» с гипоперфузией органов и тканей, проводящих к резкому уменьшению маточно-плацентарного кровотока, ДВС-синдрому с нарушением микроциркуляции, метаболизма и гипоксии, что требовало целенаправленной персонализированной комплексной интенсивной терапии.

тарного кровотока, ДВС-синдрому с нарушением микроциркуляции, метаболизма и гипоксии, что требовало целенаправленной персонализированной комплексной интенсивной терапии.

^{1,2}Исмоилова М.Ш., ¹Мурадов А.М., ^{1,2}Шумилина О.В.,
³Мурадов А.А., ⁴Рустамова М.С., ⁵Шумилина М.В.

ВАРИАЦИИ ТИПА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ

¹Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

³ФГБУ "НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева", Москва, РФ

⁴ГУ «ТНИИ АГиП» МЗиСЗН РТ

⁵ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Москва, Россия

Цель исследования. Изучение вариации типов кровообращения у беременных с умеренной и тяжелой преэклампсией в третьем триместре для целевого подбора медикаментов и контроля коррекции артериальной гипертензии.

Материал и методы исследований. Изучены результаты клинко-лабораторного и инструментального исследований 150 женщин детородного возраста, которые были условно разделены на 3 группы: 1 группа - 50 контрольная - 50 здоровых небеременных женщин детородного возраста (НЖДВ); 2 группа - 50 беременных с умеренной преэклампсией (УПЭ); 3 группа - 50 беременных с тяжелой преэклампсией (ТПЭ).

Преэклампсия диагностировалась и лечилась на основании критериев и рекомендаций ВОЗ по классификации МКБ 10-го пересмотра (1998), а также рекомендаций МЗиСЗН РТ, принятой Ассоциацией акушеров-гинекологов, при поступлении беременных в ГЦРЗ и родильные дома. Подбор и рандомизация по группам проводилась по возрасту, паритету родов и другим требованиям, которые не могли бы исказить результаты исследования.

Выявлено, что УПЭ и ТПЭ беременных развиваются в любом возрасте репродуктивного периода, как в раннем, так и в позднем. Наиболее часто эта патология встречается в возрасте 19-29 лет, составляя 58,0% от общего количества беременных женщин. В возрастных когортах 30-40 лет и старше УПЭ и ТПЭ встречается в 10,0%, а до 19 лет - в 10,6% случаях беременности.

Параметры общей гемодинамики рассчитывались по общепринятым формулам, основываясь на показателях эхокардиографии, которая проводилась на аппарате «Алока-650-SSD» с доплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр Гц, конвективный датчик 3,5 МГц), по стандартной методике в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ по стандартным методикам методом (Шиллер Н., Осипов М.А., 1993; Feigenbaum Н., 1996). Определяли ударный объем (УО мл), при невозможности провести эхокардиографию проводился расчет по формуле Старра в модификации Зильбера А.П. Определялись общие параметры гемодинамики: число сердечных сокращений (ЧСС в мин); артериальное давление систолическое (АДсис мм рт.ст.) и диастолическое (АДдиас мм рт.ст.), на основании которых рассчитывалось среднее динамическое артериальное давление (АДсрд в мм рт.ст.); сердечный выброс (СВ в л/мин), сердечный индекс (СИ в л/мин/м²), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС в дин/с·см⁻⁵).

Результаты и их обсуждение. Критериями вариаций кровообращения явились гиперкинетический тип (ГиперКТ) - СИ выше 4,2 л/мин·м² и ОПСС менее 2500 дин/см·сек⁻⁵; эукинетический тип (ЭукКТ) - СИ 2,5 - 4,2 л/мин·м² и ОПСС в пределах 1500-2000 дин/см·сек⁻⁵; гипокинетический тип (ГипоКТ) - СИ до 2,0 л/мин·м² и менее при ОПСС до 5000 дин/см·сек⁻⁵.

Выявлена неоднородность показателей гемодинамики как у беременных с УПЭ, так и ТПЭ.

Анализ показателей общей гемодинамики у беременных 2 группы с УПЭ показал, что из общего количества 50 больных у 35 (70,0%) диагностирован ЭуКТ, у 15 (30,0%) - ГиперКТ.

У беременных 3 группы с ТПЭ выявлено, что из общего количества 50 больных у 14 (28,0%) имелись проявления ЭуКТ, у 24 (48,0%) - ГиперКТ и у 12 (24,0%) - ГипоКТ.

На основании выявленной нами гемодинамической неоднородности проводилась разработка индивидуально направленной антигипертензивной терапии при УПЭ и ТПЭ, обусловленной беременностью.

Заключение. При ПЭ беременных артериальная гипертензия связана с несколькими нарушениями адаптационных механизмов. Дисбалансом центральных и периферических адаптационных механизмов, связанных с ЦНС и, в частности, ВНС, что приводит к резкому снижению чувствительности синоаортального барорефлекса, по сравнению с физиологическим течением

беременности, при которых возникает эндотелиальная дисфункция, выраженные гормональные и метаболические сдвиги. Также выраженные гемодинамические сдвиги сопровождаются нарушениями регуляции соотношения СВ и ёмкости периферического сосудистого русла. На фоне генерализованного артериолоспазма уменьшается производительность сердца и развиваются структурно-функциональные изменения миокарда, что значительно влияет на снижение маточно-плацентарного кровотока из-за уменьшения постнагрузки и перфузионного давления, в конечном итоге развивается гипоксия смешанного генеза и критическая полисистемная недостаточность как у матери, так и у плода.

Исходя из типа и режима гемодинамики рекомендуется проводить индивидуальный подбор гипотензивных препаратов, указанных в рекомендациях по диагностике и лечению ПЭ.

Каримов И.В., Асадуллоев А.Л., Каримов И.И.

ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Отделение детской хирургии Б. Гафуровской ЦРБ, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности диагностики распространённого аппендикулярного перитонита у детей раннего возраста и предотвратить его грозные осложнения.

Материал и методы исследования. Проведено лечение перитонита у 32 больных детей с распространённым аппендикулярным перитонитом за 2012 – 2022 годы. Причиной распространённого перитонита по нозологиям у 12 (37,5%) был гангренозный аппендицит, у 20 (62,5%) – гангренозно-перфоративный аппендицит. Мальчиков было 22 (68,75%), девочек - 10 (31,25%).

Всем детям с распространённым перитонитом производилось рентгенография брюшной полости, ультразвуковое исследование брюшной полости, двоим произведена компьютерная томография брюшной полости при затруднении диагностики, лабораторные методы исследования проведены всем детям.

Всем детям с распространённым аппендикулярным перитонитом произведено бакте-

риальное исследование гноя и определение чувствительности к антибиотикам. Всем выполнено гистологическое исследование оттока и изменённого сальника. Ни в одном случае злокачественной ткани не обнаружено и диагностических ошибок не было.

Результаты и их обсуждение. Всем детям с распространённым аппендикулярным перитонитом после предоперационной подготовки произведены лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Ни в одном случае не имелось спаечного процесса, так как при аппендикулярном перитоните всем проведен ранний курс рассасывающей терапии и ранняя активизация, проводилась нежная и бережная работа во время операции на органах брюшной полости. В основном, для промывания брюшной полости нами применялись растворы фурацилина и 0,9% натрия хлорида. При дренировании брюшной полости использовали хорошо зарекомендовавшие себя силиконовые и полихлорвиниловые дренажные трубки. Назоинтестинальная

интубация тонкой кишки является наиболее эффективным методом декомпрессии, которая нами применена у 14 пациентов. В одном случае при трудности выполнения назоинтестинальной интубации произведена интубация тонкой кишки трансректальным доступом длинной полихлорвиниловой трубкой с множественными боковыми отверстиями. Длительность дренирования определялась индивидуально, как правило, это первые 4 - 5 суток от момента операции. При распространённом перитоните на фоне спаечной кишечной непроходимости интестинальный зонд выполняет не только декомпрессивную, но и каркасную функцию, предупреждая появление новых сращений между петлями кишечника. У таких больных зонд удаляли на 7 - 8 сутки после операции. Послеоперационные осложнения развились у 8 (25%) больных на 10 сутки в виде нагноения послеоперационной раны. У 6 (18,75%) больных отмечался стойкий парез кишечника, который устранен консервативной терапией. Назначали антибиотики цефалоспоринов VI поколения в сочетании с антианаэробными

препаратами и карбапенемами. Проводилась интенсивная корригирующая терапия в условиях реанимации. Назначались иммуномодуляторы и витаминотерапия. После восстановления пассажа кишечника больным детям назначалась рассасывающая терапия для ранней профилактики спаечного процесса. Летальных исходов у наблюдавшихся нами больных не отмечалось. Все пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны домой под наблюдение детского хирурга с рекомендациями продолжать рассасывающую терапию.

Заключение. Таким образом, благодаря усилиям детских хирургов, оперативной техники, применению антибиотиков цефалоспоринового ряда и ранней профилактике спаечного процесса среди оперированных нами детей летальных исходов не отмечалось. В аспекте иммунопрофилактики иммунокоррекция должна быть обязательным компонентом интенсивной терапии распространённого аппендикулярного перитонита, как фактор уменьшения числа послеоперационных осложнений и летальности.

Каримов Ш.З., Одил С., Гиёсиев И.К.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Предоставить собственные результаты радиочастотной абляции (РЧА) пациентов с различными формами наджелудочковой тахикардии.

Материал и методы исследования. Представлены результаты электрофизиологического исследования и радиочастотной абляции (РЧА) 110 больных с различными формами суправентрикулярной тахикардии, оперированные в РНЦССХ с 2017 по 2022 гг. Из них пациентов с атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ) было 70, с синдромом Вольфа Паркинсона Уайта (WPW) - 34 и с типичной формой трепетания предсердий – 6 человек. Пациентов мужского пола было 56, женского - 54. Возраст больных варьировал от 10 до 75 лет (средний возраст $25,4 \pm 13,7$ лет).

Пациенты несколько лет принимали различные антиаритмические препараты, с временным эффектом. Всем пациентам

для определения характера и локализации аритмогенного очага проведено внутрисердечное электрофизиологическое исследование (ЭФИ) по стандартному протоколу с пункцией левой подключичной и правой бедренной вен по методике Сельдингера. В коронарный синус устанавливался 10-полюсный электрод из левой подключичной вены, а через правую бедренную вену 4-полюсные электроды устанавливались в область пучка Гисса и правом желудочке. При индуцированной тахикардии частота сердечных сокращений составляла от 160 до 260 ударов в минуту (в среднем $197,4 \pm 21,2$ уд. в мин). Во время выявления медленных путей при АВУРТ-е, использован неорошаемый абляционный катетер Medtronic Mariner MCXL 7Fr. При расположении ДПЖС в левой стороне сердца был применён орошаемый абляционный катетер Biosense 8Fr. РЧА проводилась с параметрами:

$P = 51,8 \pm 6,3 \text{ Вт}$;

$T = 52,5 \pm 3,9^\circ\text{C}$;

$I = 167,5 \pm 41,3 \text{ Ohm}$ и длительностью до 180 сек.

После завершения РЧА для исключения функционирования аритмогенной зоны контрольно проводилось внутрисердечное ЭФИ. Индуцировали тахикардию антеградно и ретроградно учащающимися и программными методами стимуляции.

Результаты и их обсуждение. У 3 больных после РЧА в ближайший послеоперационный период отмечен рецидив аритмии. Первый больной с типичной формой АВУРТ по типу (slow-fast), второй больной с манифестирующей формой WPW синдрома и третий больной со скрытой формой WPW синдромом. Всем больным была выполнена повторная РЧА после двух месяцев операции и получили ожидаемые результаты. Одному больному с типичной формой трепетания предсердия после РЧА

с нарушениями проводимости параллельно был имплантирован постоянный электрокардиостимулятор. У остальных больных с различной формой суправентрикулярной тахикардит эффективность РЧА без повторного вмешательства составила 95,8%. Других значимых периоперационных осложнений не наблюдалось. Все пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 1-2 сутки после операции под динамическое наблюдение в течение одного года.

Заключение. РЧА является более безопасным, эффективным и радикальным хирургическим методом лечения больных с суправентрикулярной пароксизмальной тахикардией сердца, эффективность которой достигает 98%. РЧА позволяет пациентам полностью избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов и снижает риск развития жизнеугрожающих аритмий и внезапной смерти.

Каримов С.М., Гурезов М.Р.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПЫТАНИЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНТЕРФЕРОНА У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РЕЦЕДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Провести клиническое испытание мазевой формы лейкоцитарного интерферона у соматических больных с герпетическим стоматитом.

Материал и методы исследования. В период с 2019 по 2021 гг. из общего числа соматических больных с сочетанной стоматологической патологией (287 человек) было отобрано 98 больных с вирусной патологией слизистой оболочки полости рта в возрасте от 20 до 60 лет и старше с целью изучения клинической эффективности использования лейкоцитарного интерферона. В обследованном контингенте женщин было больше (65,3%), чем мужчин (34,7%).

Порядок клинических исследований регламентировался специальной программой: используемые препараты зашифровывались, расшифровка их проводилась после анализа результатов клинического исследования. Препарат 1 – плацебо (2% эмульсия лидокаина на винилине), пре-

парат 2 – интерфероновая мазь, препарат 3 – 0,5% оксолиновая мазь.

После активной реализации комплексного лечения кариесологического и пародонтологического характера больные с мукологической патологией были разделены на 3 группы: 1-я группа включала 31 больного, получавшего курс лечения препаратом 1; 2-я – 34 человека, принимавшие препарат 2; 3-я – 33 пациента, использовавшие препарат 3.

Результаты и их обсуждение. Рост числа вирус-герпетических патологий слизистой ротовой полости у пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями вызвал необходимость разработки эффективных методов их терапии. Широкий спектр фармакологических препаратов, используемых для лечения этой группы заболеваний, свидетельствует об их недостаточной эффективности. Перспективным нам представляется изучение возможности использования ин-

терферона, обладающего наряду с этиотропным и иммуномодулирующим действием. Выпускаемый Российской промышленностью интерферон хорошо зарекомендовал себя при лечении различных клинических форм герпетической инфекции, в том числе и острого герпетического стоматита. В то же время обычно используемая жидкая форма лекарственного препарата не обеспечивает длительного контакта его с пораженной слизистой оболочкой полости рта. С этой целью нами проведены клинические испытания мазевой формы человеческого лейкоцитарного интерферона активностью 20 000 МЕ в 1 г.

Под наблюдением находилось 98 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет с соматической патологией в сочетании со среднетяжелыми формами рецидивирующего герпетического стоматита. У большей части пациентов в первые сутки заболевания наблюдалось увеличение температуры тела, увеличение

подчелюстных лимфатических узлов, в ряде случаев пациенты отмечали появление болевых ощущений в суставах.

Наиболее выраженным клиническим эффектом при лечении рецидивирующего герпетического стоматита у больных с сочетанной пародонто-мукологической патологией обладал препарат 2, который оказал местное обезболивающее и противовоспалительное действие. Показатели выздоровления больных, получавших этот препарат, по сравнению с пациентами 3-й группы, сокращались в среднем на 2 дня, 1-й группы – более чем на 1 день.

Заключение. Результаты нашего исследования у соматических больных с пародонто-мукологической патологией показывают выраженный противогерпетический эффект мазевой формы интерферона и позволяют рекомендовать его для широкого внедрения в мукологическую практику.

Каримов С.М., Сирожидинов Х.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ СИСТЕМНОГО АНАЛИЗА СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить частоту сочетанного поражения пародонта и слизистой оболочки полости рта у соматических больных и пациентов без соматической патологии.

Материал и методы исследования. Обследованию подверглись 987 соматических (основная группа) и 456 больных без соматической патологии (контрольная группа) с сочетанной стоматологической патологией в возрасте от 20 до 60 лет и старше. Основным критерием включения в исследование считалось одновременное наличие патологии пародонта и слизистой полости рта среди обследованного контингента.

Обследование проводилось по методике, предусматривающей опрос, сбор анамнеза жизни и заболевания, внешний осмотр и осмотр полости рта. Для выяснения общего состояния здоровья стоматологические пациенты с сочетанной стоматологической патологией были обследованы терапевтом, кардиологом, урологом, гастроэнтероло-

гом, эндокринологом и оториноларингологом.

Результаты и их обсуждение. При изучении общего состояния соматических больных с сочетанной стоматологической патологией выяснилось, что нарушения сердечно-сосудистой системы были у 218 (22,1%), заболевания носоглотки – у 262 (26,5 %), легких и верхних дыхательных путей – у 111 (11,3%), почек – у 128 (12,9%), эндокринной системы – у 122 (12,4%) и желудочно-кишечного тракта – у 146 (14,8%) пациентов. Пациентов без сопутствующей соматической патологии со стоматологическим диагнозом сочетанного характера (контрольная группа) было 456 (31,6%).

При изучении особенностей патогенеза патологии пародонтальных тканей и слизистой ротовой полости, а также для определения тактики проведения лечебно-профилактических мероприятий большое значение имеет всестороннее исследование взаимосвязи между данными заболеваниями

ми и наличием межсистемных нарушений в организме пациента. Наличие патологии пародонтальных тканей и слизистой ротовой полости, представляя собой стоматогенную инфекцию, и ввиду наличия морфофункционального единства всего организма может неблагоприятно отражаться и осложнять течение разнонаправленных межсистемных нарушений. По этой причине особое значение приобретает установление патогенетической общности поражений муко-пародонтального комплекса.

У соматических больных с сочетанной стоматологической патологией наибольшее распространение получили заболевания пародонта в виде гингивита ($36,0 \pm 3,17\%$) и пародонтита ($14,1 \pm 1,52\%$) при суммарном их значении $50,1 \pm 4,69\%$. Распространенность патологии слизистой оболочки полости рта среди обследованных лиц составила $9,10 \pm 1,02\%$ при значении $40,8 \pm 1,90\%$ в данной возрастной группе лиц с интактным пародонтом и слизистой оболочкой полости рта.

У пациентов с сочетанной стоматоло-

гической патологией без сопутствующей соматической патологии гингивит и пародонтит выявлены соответственно в $28,3 \pm 2,11\%$ случаев, пародонтит – в $5,34 \pm 1,11\%$ случаев, патология слизистой оболочки полости рта – в $0,24 \pm 0,06\%$.

Заключение. Сопоставительная оценка встречаемости сочетанного поражения пародонта и слизистой оболочки полости рта в зависимости от общего состояния организма позволяет отметить, что у соматических больных гингивит встречается в 1,2 раза чаще, чем у лиц без сопутствующей соматической патологии, вместе с тем, пародонтит и патологии слизистой полости рта – в 1,3 и 4,6 раза соответственно. При сопоставлении наших данных с распространенностью лиц с интактным состоянием пародонта и мукологического статуса обнаруживается достоверно более высокий уровень у стоматологических пациентов без сопутствующей соматической патологии ($39,3 \pm 3,70\%$), чем у соматических пациентов с сочетанной патологией органов и тканей полости рта ($17,4 \pm 1,54\%$).

Кахарова Р.А., Сироджев Д.Н., Рабиев А.Х., Бобоходжаева Т.Д.

ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕДЕРЖАНИЕМ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО

Кафедра колопроктологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Улучшить пути реабилитации больных с анальной инконтиненцией.

Материал и методы исследования. Городской хозрасчетный центр колопроктологии за последние 10 лет располагает опытом лечения 625 больных недержанием кала. Среди них 78% составляли больные с травматической недостаточностью анального жома, 13% страдали функциональными нарушениями сфинктера и у 9% больных недержание было связано с аноректальным пороком развития. Мужчин было 22%, женщин - 78%. Более половины (69%) были в возрасте от 20 до 45 лет. Длительность заболевания составляла от 3 до 15 лет.

Результаты и их обсуждение. Лечение больных, страдающих недержанием кишечного содержимого, несмотря на достигнутые успехи до настоящего времени остается трудной задачей. В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа этих

больных, что связано с учащением рождения детей с аноректальными пороками развития, а также расширением оперативных вмешательств на прямой кишке и промежности в неспециализированных стационарах.

Все больные были разделены на группы, которым проводилось консервативное или хирургическое лечение, либо их комбинация.

Консервативному лечению подлежали больные с 1 степенью недостаточности, с повреждением менее $\frac{1}{4}$ окружности сфинктера, при отсутствии грубых рубцов. Консервативное лечение включало медикаментозную терапию, гимнастику Кегеля, электростимуляцию, диету- и БОС (биологически обратная связь) - терапию. Оно проведено 196 пациентам. Удовлетворительные результаты отмечены у 86% больных.

Основным показанием к хирургическому лечению является недостаточность II-III степеней, повреждение более $\frac{1}{4}$ окружности жома, распространение рубцовых пораже-

ний на весь сфинктер и мышцы тазового дна. Хирургическая коррекция произведена у 429 (68,6%) больных.

Пациентам с локальным дефектом наружного сфинктера до ¼ окружности произведена сфинктеропластика, что составило 131 (30,5%) больных. При величине дефекта сфинктера от ¼ до ½ окружности с локализацией по передней или задней полуокружностям сфинктера произведена сфинктеропластикопластика. Таких пациентов было 287 (67%).

Более сложную задачу представляет лечение больных с врожденным отсутствием не только наружного, но и внутреннего сфинктера, что характеризуется постоянным бесконтрольным отхождением ки-

шечного содержимого, а также больные с обширными дефектами сфинктера более ½ окружности. Таким пациентам произведена грацилопластика, что составило 11 (2,5%) больных от общего числа оперированных пациентов.

Результаты хирургической коррекции больных недержанием кишечного содержимого в 83% случаев удовлетворительные.

Заключение. Таким образом, любая операция при анальном недержании является важным этапом, но до- и послеоперационная тренировка мышц, гимнастика Кегеля, т.е. весь разработанный комплекс мер, могут обеспечить у большинства этих больных удовлетворительные исходы лечения.

Кахарова Р.А., Сироджев Д.Н., Баладжонов Ш.М., Бобоходжаева Т.Д.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕРОДОВЫМИ РАЗРЫВАМИ ПРОМЕЖНОСТИ

Кафедра колопроктологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Восстановление анатомических взаимоотношений между прямой кишкой с ее сфинктерным аппаратом, мышечными структурами промежности, тазового дна и влагалищем.

Материал и методы исследования. Городской хозрасчетный центр колопроктологии за последние 10 лет располагает опытом лечения 76 женщин в возрасте от 19 до 65 лет с после родовыми разрывами промежности III степени. У 28 (36,8%) из общего числа больных рубцовая деформация промежности сочеталась с посттравматической недостаточностью анального сфинктера 2 степени, у 36 (47,4%) – 3 степени и у 12 (15,8%) – с дефектом ректо-вагинальной перегородки. С целью восстановления функции поврежденных мышечных волокон таза за 7-10 дней до вмешательства в амбулаторных условиях назначали комплекс упражнений Кегеля и лечебную гимнастику.

Результаты и их обсуждение. Начинали операцию с полулунного разреза, отступая на 2,5 см от ректовагинальной перегородки в сторону влагалища. Используя технику гидравлической препаровки тканей, производилась мобилизация слизистой влагалища и выворачивалась в сторону прямой кишки. При наличии ректовагинального свища

последний иссекали и ушивали дефект. В глубине боковых стенок выделяли леваторы и края разорванного сфинктера. После освежения краев сшивали друг с другом, создавая высокую промежность.

После операции постельный режим и бесшлаковую диету назначали в течение 8-9 дней. Стул был самостоятельный, без встречной очистительной клизмы. Выписывали пациентов из стационара на 10 день с момента хирургического вмешательства. Повторный курс физиотерапии и лечебной гимнастики назначали через 2 недели после выписки из стационара.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 3 больных (3,9%), у 2 имело место частичное нагноение раны, которое ликвидировано консервативными мероприятиями, у 1 – явления цистита.

Заключение. Таким образом, своевременная реконструктивно-восстановительная операция у больных с после родовыми разрывами промежности способствует восстановлению анатомических взаимоотношений между прямой кишкой с ее сфинктерным аппаратом, мышечными структурами промежности и обеспечивает у большинства этих больных удовлетворительные исходы лечения.

^{1,2}Комилов Т.Т., ³Мурадов А.М., ⁴Мурадов А.А., ^{2,3}Шумилина О.В.,
^{1,2}Файзуллоев Х.Т., ^{1,3}Рофиева Х.Ш.

БЛИЖАЙШИЕ И СРЕДНЕ ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

¹ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

⁴ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», Москва, РФ

Цель исследования. Изучить ближайшие и средне отдалённые исходы у больных, перенесших инфаркт миокарда, осложненный острым почечным повреждением.

Материал и методы исследования. Исследованы 100 больных с инфарктом миокарда (ИМ) с признаками острого почечного повреждения (ОПП). Диагностика и лечение проводились на основании «Рекомендаций ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST 2017» и «Клинического протокола диагностики и лечения инфаркта миокарда», утвержденного МЗиСЗН РТ. Для определения стадии ОПП применяли и сравнивали классификации RIFLE (2004), AKIN (2007) и (KDIGO, 2012). Диспансеризация больных осуществлялась согласно «Клиническому протоколу диагностики и лечения. Инфаркт миокарда» МЗиСЗН РТ.

Результаты и их обсуждение. При изучении и анализе лечения 100 больных, перенесших ОИМ, осложненный ОПП, в ближайшие сроки после лечения больничная летальность составила 8,0% (8), при этом выживших при выписке из стационара осталось 92 (92,0%).

В сроки от 1 до 3 месяцев выявлено, что по различным причинам, в том числе от развившихся осложнений из 92 больных умерло 3 (3,0%), т.е. выжившие из общего количества этой группы составили фактически 89 (89,0%), общая смертность за это время составила 11,0%, несмотря на проведение диспансеризации и дальнейшего лечения.

В период от 3 до 6 месяцев из 89 выживших дополнительно умерли еще 5 (5,0%) человек, т.е. за этот период времени осталось живыми 84 (84,0%) больных, перенесших ОИМ, осложненный ОПП. Общая летальность составила 16,0% по отношению к общему количеству поступивших в стационар пациентов.

В средне-отдаленном сроке от 6 месяцев до 1 года из 84 фактически выжившими осталось 79 (79,0%), т.е. умерло еще дополнительно 5 (5,0%) человек, составив общую летальность по отношению к общему количеству 100 больных, перенесших ОИМ, осложненный ОПП, 21,0%, что на 9,0% меньше, чем в ретроспективной группе больных, где смертность в течение 1 года составила 30,0%.

Заключение. У больных ОИМ развивается кардио-ренальный синдром (КРС) I типа, характеризующийся внезапным ухудшением сердечной деятельности, приводящим к ОПП.

В средне-отдаленные сроки выявляются процессы хронизации в различных вариациях с развитием ХСН (43,0% с сохраненной, 28,0% - с средней, 8,0% - со сниженной ФВ ЛЖ) и ХБП разной стадии (СКФ - ≥ 90 мл/мин/1,73м² сохранной или повышенной - 40,5%, 89-60 мл/мин 24,1%, 59-30 мл/мин - 22,8%, 29-15 мл/мин 8,0%, менее 15 мл/мин - 2,5%), фактически КРС II типа, приведший к 21,0% годовой летальности, что требует на диспансерном учете мониторировать алгоритмы диагностики и лечения ХСН с учетом развившейся стадии ХБП.

^{1,2}Косимов З.К., ²Азизов А.Т., ¹Халифаев У.Р., ²Раджабова М.М.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ НА ВРЕМЯ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАРАМЕЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»

Цель исследования. Выявление динамики степени токсичности крови больных перитонитом при проведении лазеротерапии (ВЛОК).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением и лечением находилось 38 пациентов, оперированных по поводу перитонита, в отделении реанимации Городского центра скорой медицинской помощи г. Душанбе в период 2021 - 2022 годы. Мужчин было 24, женщин - 14 в возрасте от 19 до 65 лет. Контрольные показатели составили результаты парамедиального (ВВП) теста 20 здоровых людей ($n=20$, ВВП= $24,32 \pm 0,62$ мин).

Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) проводилось с помощью лазерной установки, содержащей моноволоконный световод. Расчет времени облучения в этом случае проводился по формуле:

$$T = D \times V \times n / P$$

где: D – доза облучения на один литр циркулирующей крови, V – ОЦК, P – мощность лазера, n – число, характеризующее кратность облучения объема ОЦК.

ВЛОК осуществляли путем введения стерильного моноволоконного световода в катетер, установленный в *v. subclavia* с учетом выхода его в просвет сосуда из катетера на 1-1,5 мм.

Для оценки степени токсичности крови использовали время выживаемости парамеций (ВВП). Были проведены исследования до сеанса внутривенной лазерной терапии и в течение лазеротерапии через 5, 10, 15, 20 и 25 минут. Было выполнено 160 исследований.

Результаты и их обсуждение. Через 5 минут после сеанса определялось 66,6% от контрольной группы (ВВП контрольной ($n=20$) $24,16 \pm 0,42$ мин), максимум нейтрализации эндотоксина ($p<0,05$), и в течение всего последующего времени сеанса токсичность колебалась в пределах: через 10 мин – 70,9%;

15 мин – 71,7%; 20 мин – 67,9%; 25 мин – 66,5%, по отношению к контрольной группе.

Следовательно, после снижения токсичности крови к 15-20 минуте началась стабилизация ВВП.

Исходный уровень парамедиального теста в крови был укорочен, по сравнению с контрольной группой, на 20,5%, уже первый сеанс ВЛОК вызвал снижение токсичности крови на 9,2% ($p<0,05$). Первый сеанс ВЛОК понизил пул токсичности крови и способствовал увеличению ВВП на 16,8% ($p<0,01$). Перед вторым сеансом содержание токсичности крови вновь было увеличенным на 10,8% от исходного значения ($p<0,05$). Последующие сеансы ВЛОК отражали установленную ранее закономерность в динамике содержания токсичности крови. Так, после второго сеанса лазеротерапии активность парамедиального теста составляла 78,8% к контрольной группе ($p<0,01$). Перед третьим ВЛОК уровень токсичности крови составлял по отношению к первоначальному 71,6% ($p<0,01$), а после его проведения токсичность крови составляла 83,0% от контрольной группы ($p<0,05$). Перед четвертым сеансом содержание токсинов в крови больных вновь возросло на 7,1%, по отношению к 3-му сеансу. К пятому сеансу показатель АП у больных тяжелой степени составлял 83,6% к контрольной группе ($p<0,05$), в конце сеанса АП была в пределах должных значений контрольной группы и составляла к ней 97,3% ($p>0,05$).

Заключение. Динамика показателей активности парамеций может быть использована как критерий эффективности проведения сеанса ЛТ, а повышение токсичности крови служить показанием к повторному проведению ВЛОК.

Таким образом, полученные результаты подтверждают данные о высокой детоксикационной способности используемого ВЛОК и дают основание использовать его для обезвреживания крови больных перитонитом.

²Мираков Х., ¹Ибодов Х., ³Икромов Т.Ш., ²Рофиев Р., ¹Ибодов Н.С.

НЕРЕФЛЮКСИРУЮЩИЙ МЕГАУРЕТЕР КАК ПОРОК РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В АНТЕНАТАЛЬНОМ И ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

¹НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

²ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

³ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Оптимизация диагностических и лечебных методов при выявлении пороков развития мочевыделительной системы в антенатальном и постнатальном периодах.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты диагностического скрининга беременных и лечения 110 детей в возрасте от 0 до 1 года с врожденными пороками развития мочевыделительной системы. У 28 (25,4%) новорожденных обструктивная уропатия диагностирована в антенатальном периоде: 2 триместр беременности - 9, 3 триместр - 19. У 82 (74,5%) детей диагноз «Обструкция мочевыводящей системы» был установлен от рождения до 1 года.

Обследование начиналось с УЗИ мочевыделительной системы (МВС). Всем детям проводилась экскреторная урография, которая указывала на уровень обструкции МВС, по показаниям проводились МРТ с 3Д изображением, а также клинко-лабораторные и рентгенологические исследования.

Результаты и их обсуждение. Ультразвуковой скрининг беременных женщин дал возможность выявить патологию МВС внутриутробно. Антенатально диагностирован уретерогидронефроз в 28 (25,4%) случаях, причиной которого оказалась врожденная нейромышечная дисплазия дистального отдела мочеточников (I ст. - 5, II ст. - 9, III ст. - 10, IV ст. - 4). Новорожденным с нерефлюксирующим мегауретером III-IV ст. после установления диагноза выполнено стентирование мочеточника, что оказалось эффективным у 3 детей с гидронефрозом и у 5 - с мегауретером. При обследовании постнатально выявлен нерефлюксирующий мегауретер у 82 детей (I ст. - 20, II ст. - 34, III ст. - 21, IV ст. - 7).

Как показывают наши исследования, патология мочевыделительной системы в большинстве случаев выявляется до годовалого возраста. Основными проявлениями заболеваний у детей в 80,5% были повышение температуры тела, беспокойство,

дизурия, лейкоцитурия и бактериурия. Больным I группы выполнены оперативные вмешательства по методу Политана-Лидбеттера (8), II группы - неовезикоуретероанастомоз по методике клиники (25). Методика неовезикоуретероанастомоза заключается в следующем: выделяется терминальный отдел мочеточника и производится его резекция, далее производится разрез по задней стенке мочевого пузыря в косо-поперечном направлении, нижний угол разреза позиционируется рядом с местом прикрепления мочеточника, глубина разреза находится в пределах серозно-мышечных слоев до слизистой оболочки мочевого пузыря.

Перфорирование слизистой производится у нижнего угла раны, конец мочеточника погружают в просвет мочевого пузыря и фиксируют его тремя викриловыми П-образными швами. Конец мочеточника, который направлен к полости мочевого пузыря, вырезается полуовально, все три шва накладываются на глубину 5-8 мм, охватывая все слои стенки мочевого пузыря. Далее мочеточник укладывается в сформированное ложе длиной 2,5 см и сверху ушиваются серозно-мышечные слои. Катетер, вставленный в мочеточник, выводится наружу и закрепляется к коже.

У 9 прооперированных больных детей с III-IV ст. мегауретера III группы после проведения миниинвазивной терапии не был достигнут положительный эффект. После стентирования мочеточника и динамического наблюдения и лечения в течение 1 года у них восстановилась уродинамика. Дети из IV группы с I-II ст. мегауретера (68) находились под наблюдением в течение 2 лет. Из этого числа у 8 больных отмечалось нарастание уретерогидронефроза, им в последующем выполнен неовезикоуретероанастомоз.

Заключение. Таким образом, УЗ-скрининг беременных женщин оправдан для выявления патологии мочевыводящей

системы у плода и охвата таких детей для дальнейшего стационарного обследования и лечения в специализированных детских хирургических отделениях. Лечение заклю-

чается в динамическом наблюдении, стентировании мочеточника и при безуспешности миниинвазивных манипуляций им показано наложение неовезикоуретероанастомоза.

Мирзоев Д.С., Ибодов Х., Яхшибекова Ш.Дж., Рофиев Р., Давлатов А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ГОУ «ИПОвСЗ РТ»

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Цель исследования. Оптимизация диагностики и лечения болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Нами исследованы результаты диагностики и лечения 20 детей с болезнью Гиршпрунга за период с 2009 по 2021 годы в клинике детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Возраст детей варьировал от новорожденности до 1 года. У 5 детей диагностирована ректальная форма болезни Гиршпрунга, у 15 - ректо-сигмоидальная форма. Сопутствующей патологией являлись гидронефроз на фоне врожденного сужения лоханочно-мочеточникового сегмента (2) и нейромышечная дисплазия везикоуретерального сегмента (1). У всех детей и их родителей при исследовании на вирусы выявлены цитомегаловирус и вирус герпеса.

Всем пациентам проведены клинико-биохимические и рентгено-лучевые исследования.

Результаты и их обсуждение. Диагноз у 6 новорожденных установлен на 12 день после рождения, у 14 детей клиника болезни Гиршпрунга проявилась на 30 ± 2 день. При осмотре у детей отмечалось вздутие живота, видимая перистальтика кишечника, вырисовывались расширенные петли кишки на передней брюшной стенке, отсутствие самостоятельного акта дефекации. При ирригографии у всех диагностирована болезнь Гиршпрунга в стадии декомпенсации. 13 пациентов прооперированы по методу трансанальной эндоректальной проктопластики по Делаторе-Мондрагону,

7 произведена проктопластика по Свенсону-Лайку.

Несмотря на то, что диагноз устанавливается на основании клиники и показателей рентгено-лучевых исследований, окончательный диагноз выставлялся после гистологического исследования. Всем больным после операции выполнены гистологические исследования зоны аганглиоза методом окрашивания биопсийного материала гематоксилином и эозином, а также иммуногистохимическим исследованием, при исследовании доказана патология ректосигмоидной зоны, то есть болезнь Гиршпрунга.

У всех прооперированных детей осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде, начиная с 15 дня, проведено бужирование анального отверстия бужами Грегера, ежедневно в течение 1 месяца, затем 1 раз в неделю, далее 1 раз в месяц в течение 4 месяцев. Результаты лечения болезни Гиршпрунга изучены в отдаленном сроке, то есть в течение 5 лет у 89% детей. Хорошие результаты отмечены у 93%, удовлетворительные - у 7% детей, у которых было сужение зоны анастомоза, у 7% - каломазание и явления энтероколита, после консервативного лечения функция кишечника у них полностью восстановилась.

Заключение. Таким образом, ранняя диагностика и проведение коррекции болезни Гиршпрунга способствуют достижению хороших результатов. При этом операцией выбора является трансанальная эндоректальная проктопластика.

¹Мирзоев М.Ш., ²Байриков И.М.,
¹Хушвахтов Д.И., ¹Гафаров Х.О.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИАЛОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

²Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ РФ

Цель исследования. Повышение эффективности хирургических методов лечения больных с заболеваниями и повреждениями височно-нижнечелюстного сустава с применением материалов с памятью формы.

Материал и методы исследования. В работе обобщаются результаты лечения 34 больных в возрасте 18-40 лет с заболеваниями и повреждениями височно-нижнечелюстного сустава. Из общего количества наблюдаемых больных у 12 (35,3%) отмечался вторичный деформирующий остеоартроз, у 12 (35,3%) – костные формы анкилоза височно-нижнечелюстного сустава, у 8 (23,5%) – хронический одонтогенный остеомиелит ветви и мышечного отростка нижней челюсти и у 2 (5,9%) диагностированы осколочно-раздробленные переломы на уровне шейки и головки суставного отростка нижней челюсти.

Для замещения деформированных головок нижней челюсти у больных с деформирующими остеоартрозами вследствие перенесенного остеомиелита и костными формами анкилоза ВНЧС применяли индивидуально изготовленные эндопротезы из никелида титана, созданные на стереолитографической модели, представляющие собой по форме и конфигурации конструкцию, точно повторяющую анатомическую форму суставного отростка и ветви нижней челюсти пациента.

Хирургическому вмешательству предшествовало тщательное клинико-лабораторное и рентгенологическое (ОПГ, КЛКТ, МСКТ) обследование больных, а также предварительно составлен план проведения хирургического вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Результаты хирургических вмешательств у больных с заболеваниями и повреждениями височно-нижнечелюстного сустава с применением эндопротезов, изготовленных из

сплава никелида титана, созданных индивидуально на основе стереолитографического моделирования, показали высокую эффективность. У всех оперированных больных отмечено первичное заживление раны и раннее восстановление функции движения нижней челюсти в послеоперационном периоде. Достигнуто полное и свободное движение головки эндопротеза в суставной впадине как в вертикальной, так и в горизонтальных плоскостях на стороне операции. Ближайшие и отдаленные результаты лечения (сроки до 5 лет) показали отсутствие рецидивов заболевания, больные жалоб не предъявляли, движения нижней челюсти сохранялись в полном объеме, функциональных нарушений со стороны височно-нижнечелюстных суставов не было выявлено. Рентгенологический контроль височно-нижнечелюстного сустава свидетельствовал об удовлетворительном состоянии установленных эндопротезов и отсутствии каких-либо изменений со стороны костных структур на стороне операции.

Заключение. Хирургическое лечение больных с заболеваниями и повреждениями височно-нижнечелюстного сустава с применением эндопротезов, изготовленных из сплава никелида титана, созданных индивидуально на основе стереолитографического моделирования по аддитивной технологии, позволили совершенствовать технологию замещения деструктивных элементов костных структур. Указанные конструкции точно повторяют форму и конфигурацию утраченной части ветви и суставного отростка нижней челюсти, сокращают время проведения операции, не требуют интраоперационной примерки, адаптации в околодефектной зоне и позволяют добиться раннего восстановления утраченных функций.

Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О., Хушвахтов Д.И., Хушвахтов Д.Д.

ДИАГНОСТИКА СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С УЧЕТОМ СТАДИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Установление закономерности между клинической симптоматикой слюннокаменной болезни и ее морфологическими проявлениями с целью решения вопроса о рациональном выборе метода лечения.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и динамического наблюдения 65 больных со слюннокаменной болезнью поднижнечелюстных слюнных желез, находившихся на стационарном лечении в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии НМЦ РТ «Шифобахш». Среди них мужчин было 40 (61,5%), женщин – 25 (38,5%), в возрасте от 30 до 60 лет.

Использовали клинические и специальные методы исследования: зондирование основного выводного протока, рентгенологическое исследование, сиалография и сиалометрия, а также лабораторные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала на я/г, биохимический анализ крови, кровь на ВИЧ, RW, гепатиты «В» и «С». По необходимости, проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) железы.

При проведении клинико-морфологических сопоставлений все больные были распределены на три группы в зависимости от локализации конкремента. Первую группу составляли больные с локализацией конкремента в основном выводном протоке (49,2%), во второй группе были больные с расположением конкремента в слюнной железе (38,5%) и реже всего (12,3%) встречались больные с невыявляемыми рентгенологически мелкими конкрементами внутрижелезистого отдела протока, которые были отнесены к 3-ей группе.

Материалом для морфологического исследования служили поднижнечелюстные

слюнные железы, удаленные у 25 больных со слюннокаменной болезнью, им применяли обзорные и специальные методы патогистологического исследования.

Результаты и их обсуждение. Установлены различная выраженность и многообразие клинических проявлений слюннокаменной болезни. В подавляющем большинстве наблюдений превалировали признаки хронического воспаления в слюнной железе, которые обострялись неоднократно, сопровождавшиеся изменением ткани железы и ее соотношения с окружающими тканями.

Результаты морфологических исследований свидетельствовали о значительной перестройке железистой ткани вследствие нарушения выведения секрета, угнетения процесса слизеобразования с изменением химического состава секрета, нарушениях кровообращения и иннервации слюной железы. Наличие иммунных инфильтратов, увеличение их плотности, переход из очаговых фаз в диффузные, признаки активности плазмочитов по выработке иммуноглобулинов, контакты лимфоцитов с эпителиальными и фибробластическими клеточными элементами были расценены, как повреждение железы на аутоиммунной основе, возникающие вторично в связи с основным патологическим процессом (камнеобразованием) и, в значительной мере, определяющие его исход.

Заключение. Таким образом, сопоставление клинических и патоморфологических данных при слюннокаменной болезни выявило тесную связь между ними и позволило дать возможность практическим врачам на основании клинической симптоматики решать вопрос о выборе наиболее рационального метода лечения этой патологии.

Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Хушвахтов Д.Д., Рахмонов И.Р.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАРЬЕРНЫХ МЕМБРАН ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Оптимизация хирургических методов лечения кистозных образований челюстных костей.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на основании результатов лечения 50 больных с одонтогенными кистами челюстей, находившихся на лечении в Городской стоматологической поликлинике г. Душанбе, за период с 2016 по 2021 годы. Среди них мужчин было 22 (44,0%), женщин – 28 (56,0%). Возраст варьировал от 20 до 50 лет.

Всем пациентам с диагнозом «корневая киста» верхней и нижней челюстей по показаниям проводилась зубосохраняющая операция «цистэктомия» с резекцией верхушки корня причинного зуба. Больные были распределены на 2 группы. В группе сравнения находились 22 человека, которым костный дефект был заполнен остеопластическими материалами и рассасывающейся мембраной стандартного типа. Основную группу составили 28 человек, которым для замещения костного дефекта были использованы мелкогранулированные и тканевые мембраны из никелида титана с тромбоплазменной массой.

Перед операцией все пациенты прошли клинико-лабораторные обследования традиционного характера, обзорную рентгенографию лицевого скелета и КТ с целью определения размеров радикулярной кисты и качественного эндодонтического лечения корневого канала причинного зуба.

Результаты и их обсуждение. При изучении процессов регенерации костной ткани в области костного дефекта у пациентов I группы установлено, что в большинстве наблюдений полностью не происходило заполнения дефекта костной ткани. На рентгенограмме через 6 месяцев отмечено лишь частичное восстановление костной ткани в области дефекта (в среднем, 58,4%). В ряде случаев была заметна граница регенерата и стенки альвеолярной кости и пристеночного характера образование костной ткани. Кроме того, наблюдались частые нагноения, неконтролируемая резорбция и склонность

к элиминации пересаженных материалов. В связи с быстрым рассасыванием, вероятно, стандартная мембрана смещается из области костного дефекта, что приводит к нарушению стабилизации кровяного сгустка в костной ране.

При больших размерах костных полостей, образующихся после вылушивания кистозного образования, эти материалы, как показывают наши наблюдения, оказываются недостаточно эффективными.

У больных основной группы после цистэктомии с целью замещения костных дефектов применялись мелкогранулированный никелид титана и тканевая мембрана с тромбоплазменной массой. Уже через 6 месяцев после операции на ортопантограмме выявлено полное восстановление костной ткани. Определяется формирование собственного костного регенерата и восстановление утраченных костных структур по всей поверхности. Контуры бывшего дефекта сглажены, образованная костная ткань заполняла весь объем костного дефекта, прослеживался ровный контур, структура костной ткани определялась как крупноячеистая и трабекулярная, восстановление костной ткани составило 95,6%. Фиксация мембраны из никелида титана с тромбоцитарной массой на область костного дефекта обеспечивает стабилизацию кровяного сгустка в ране, оптимизирует образование новой кости путем создания пространства для васкуляризации и обеспечивает защиту раны от внешней среды. При комбинации материалов мембрана играет роль барьера, удерживающего костный материал в пространстве дефекта, изолирует от окружающих тканей и не нарушает кровяной сгусток.

Заключение. На основании полученных клинических результатов можно сделать вывод о положительном влиянии предложенного метода фиксации мембраной из тканевого никелида титана при лечении больных с кистозными образованиями челюстей за счет надежной защиты кровяного сгустка, ограничения пролиферации эпителиальных элементов в зону сформированного костного дефекта.

Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.Д., Хушвахтов Д.И., Ходжаев М.У.

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ПОЛОСТИ РТА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучение морфо-функциональных изменений различных клеточных элементов, мигрирующих при гнойно-воспалительном процессе полости рта.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и лечения 30 больных с острым одонтогенным гнойным периоститом челюстей в возрасте 18-50 лет. Больные распределены на две группы: контрольная – 15; основная – 15. Контрольной группе больных дренирование ран осуществляли традиционными методами, основной группе – с использованием стерильного перевязочного материала «Вита Валлис».

Цитологические исследования проводились на препаратах-отпечатках, которые брались путем прикладывания предметных стекол к гнойным ранам, через 1, 3 и 7 суток после операции. Полученные отпечатки фиксировались этиловым спиртом и окрашивались по методу Романовского-Гимзе. В каждом препарате подсчитывалось 200 клеток, определялось их процентное соотношение.

Результаты и их обсуждение. Цитологические исследования показали, что у всех больных раневой процесс носил отчетливо выраженный фазный характер. В первые сутки после операции в препаратах обеих групп наблюдаются скопление слущенных эпителиальных клеток, находящихся на разных стадиях дегенеративных изменений. Слущенные эпителиальные клетки обладают фагоцитарной активностью, о чем свидетельствует наличие в их цитоплазме фагоцитированных эритроцитов. Основную массу клеточных элементов в препаратах составляют сегментоядерные нейтрофилы, вслед за ними в рану мигрируют лимфоциты, моноциты и макрофаги.

На 3 сутки в препаратах у контрольной группы наблюдается незначительное снижение количества сегментоядерных нейтрофилов, нарастало количество лимфоцитов, моноцитов и макрофагов. Очаги слущенного эпителия становятся гораздо меньше

по размерам, они окружены лейкоцитами, главным образом сегментоядерными нейтрофилами. У больных основной группы в этот срок наблюдается уменьшение количества нейтрофилов, которые в большинстве случаев подвержены дегенеративным изменениям, их фагоцитарная активность резко падает и основную функцию фагоцитирования выполняют макрофаги. Количество лимфоцитов и моноцитов тоже уменьшилось и отмечалось увеличение количества фибробластов.

На пятые сутки у больных основной группы наблюдается интенсивный процесс эпителизации ран, эпителиальные пласты в виде «язычков» движутся навстречу друг другу с краев раны по направлению к центру. Количество эпителиальных клеток в препаратах увеличивается, по сравнению с предыдущим сроком, более чем в три раза. Появились в ране молодые малодифференцированные клетки, которые продолжают делиться митозом, выполняя герминативную функцию, другая часть подвергается дифференцировке, сопровождающейся уменьшением размера ядра и увеличением количества цитоплазмы; ядерный хроматин приобретает грубый рисунок, ядрышки перестают окрашиваться. Количество РНК в цитоплазме снижается. Границы эпителиальных клеток по мере его образования становятся все менее отчетливыми и количественный подсчет клеточных элементов становится невозможным.

В этот срок у больных контрольной группы в препаратах продолжалось снижение количества нейтрофилов, а лимфоциты, моноциты и макрофаги оставались на прежнем уровне. В некоторых местах отмечалось начало развития эпителизации. Лишь на седьмые сутки у данной группы больных наблюдается интенсивный процесс эпителизации ран. Количество эпителиальных клеток в препаратах увеличивается. Большую часть вновь образованного эпителиального пласта составляют молодые эпителиальные клетки, имеющие крупные ядра с нежно-сетчатой структурой ядерного хроматина. Цитоплазма таких

клеток резко базофильна и содержит большое количество РНК, которые относятся к базальному слою эпидермиса и интенсивно делятся митозом, выполняя тем самым терминативную функцию.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что цитологический метод изучения динамики зажив-

ления ран должен стать обязательным при решении вопроса о характере и прогнозе раневого процесса и найти более широкое распространение в хирургической практике. Комплексное цитологическое исследование позволяет получить более объективную и разностороннюю оценку состояния гнойных ран.

Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Ходжаев М.У., Рахмонов И.Р.

ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Обратить внимание врачей и изучить проявления стоматологических заболеваний у больных, перенесших COVID-19, с целью реализации развернутого этиопатогенетического подхода к лечению патологий слизистой полости рта.

Материал и методы исследования. На базе ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период с 1.03.20 по 1.06.20 гг. в рамках обследования и лечения находились более 1300 больных с COVID-19, в возрасте от 40 до 70 лет. После проведения соответствующей терапии больные были выписаны с улучшением или выздоровлением. В раннем постковидном периоде (2-4 мес.) повторно обратились 18 больных с сопутствующими сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом в стадии декомпенсации. Всем больным проведено комплексное обследование с целью выявления сопутствующей патологии и консультации специалистов: терапевта, кардиолога, эндокринолога, невропатолога, ЛОР-врача, офтальмолога, реаниматолога, пульмонолога, инфекциониста и челюстно-лицевого хирурга.

Клинические методы исследования включали сбор жалоб пациента и анамнеза с учетом данных из выписок историй болезни, представленных лечебным учреждением для консультации, оценку клинического течения заболевания. Стоматологическое обследование больных проводилось по общепринятой схеме, включающей осмотр слизистой оболочки полости рта (цвет, влажность, наличие и локализация элементов поражения) и оценку состояния зубов (отсутствие санации полости рта, наличие зубных отложений, наличие и качество ортопедических конструкций). Лабораторные методы включали

интерпретацию результатов бактериального посева налета слизистой полости рта (чаще дорзальной части языка).

Результаты и их обсуждение. Результаты обследования и лечения 18 пациентов в ближайшем постковидном периоде показали многофакторность осложнений данной патологии. Наблюдаемые больные предъявляли жалобы на нарушение органов зрения, ЛОР-органов и различные высыпания в органах полости рта. У указанных больных со стороны органов зрения отмечался выраженный воспалительный инфильтрат в орбите, выраженные признаки венозного застоя в венах век и орбиты, экзофтальм, хемоз, офтальмоплегия, мидриаз и практически у всех больных было отмечено полное отсутствие зрительной функции.

Со стороны ЛОР-органов большинство больных жаловались на снижение или полную потерю обоняния и вкуса, наличие сухости в носу и горле, першение в горле, затруднение носового дыхания, снижение болевой чувствительности, которое предположительно возникает вследствие поражения нервных рецепторов носовой полости, зловонное выделение и иногда кровотечения из носа. При объективном осмотре: видимые слизистые оболочки полости носа гиперемированы; наличие сухой темной корки со зловонным запахом в задней части полости носа; глубокое поражение решетчато-клиновидного пространства, решетчатых клеток с распространением в латеральную, медиальную, верхнюю и нижнюю стенки гайморовых пазух, хоаны, носоглотки, твердого и мягкого нёба, при удалении которых больной не ощущает сильной боли, обычно не кровоточит, или слегка кровоточит.

Наблюдаемые пациенты, перенесшие коронавирусную инфекцию, предъявляли жалобы на различные высыпания, дефекты, появление бляшек и трещин в ротовой полости, также боль при приеме пищи, разговоре, акте жевания и глотания. Большинство пациентов (97%), в первую очередь, отмечали неприятный запах изо рта, вероятно, обусловленный нарушениями вкусовой и обонятельной чувствительности. У 65-70% больных проявление указанных элементов происходит на фоне невоспаленной слизистой оболочки полости рта. У 30-35% указанных больных отмечали заболевание пародонта. Можно предположить, что развитие заболеваний пародонта обусловлено проведением антибиотикотерапии и, как следствие, нарушением баланса микроорганизмов полости рта. Также пациенты отмечали сухость в полости рта. Ксеростомия может быть обусловлена приемом лекарственных препаратов или влиянием системных заболеваний.

У 62% больных после бактериологического исследования был выявлен кандидоз. При этом четкая граница относительно времени возникновения тех или иных патологических элементов в полости рта не отмечалась, образовались ли они в период разгара болезни COVID-19 или появились после лечения.

Заключение. Таким образом, полученные результаты обследования полости рта у больных, перенесших COVID-19, демонстрируют разнообразные стоматологические проявления. В настоящее время отсутствуют доказательства того, что является первопричиной развития осложнений в полости рта при коронавирусной инфекции – сам вирус или те препараты, которые пациенты получали во время фармакотерапии. Полученные результаты обследования пациентов с COVID-19 обосновывают необходимость и целесообразность включения стоматологического осмотра у данной категории больных после их клинического выздоровления.

Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Касымова С.А.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ФАКИЧНЫХ ИОЛ ДЕТЯМ С МИОПИЧЕСКОЙ АНИЗОМЕТРОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Кафедра глазных болезней ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Проанализировать первые операции по имплантации отрицательных ИОЛ у детей с миопической анизометропией высокой степени.

Материал и методы исследования. За полтора года в РКЦ «Офтальмология» было прооперировано 5 детей (3 девочки и 2 мальчика) в возрасте от 6 до 16 лет. Показанием к операции служила непрогрессирующая миопия высокой степени с анизометропией высокой степени.

Противопоказанием к операции являлось прогрессирование миопии, неполная прозрачность оптических сред, глубина передней камеры менее 3 мм. Офтальмологическое обследование включало в себя визометрию, скиаскопию, рефрактометрию, пневмотонометрию (по возможности), АВ сканирование, кератометрию, резерв относительной аккомодации, характер зрения. Наблюдение за больными до операции составило от года до 5 лет, в процессе которого было объективно установлено отсутствие прогрессирования миопии. На протяжении этих лет проводилось лечение амблиопии с переменным успехом. Контактная коррекция

из-за возраста детей, проживания в отдаленной сельской местности, а также из-за плохой переносимости не применялась или применялась непродолжительное время. Исходная сферическая рефракция находилась в диапазоне от 7,5 до 16,0 Д, астигматизм варьировал от 1,0 до 2,5 Д, острота зрения с максимальной коррекцией составила от 0,06 до 0,2. Значение кератометрии колебалось от 42,5 до 44,5. Среднее значение длинны глаза составило 27,7. У четырех детей выявлено монолатеральное косоглазие, непостоянное у одного больного, у трех - постоянное с углом девиации от 15 до 20°.

Подбор оптической силы факичной линзы РСК-3 осуществлялся путем подбора очковой коррекции и рефракции по специальной таблице. Только одному ребенку (16 лет) операция проводилась под местной анестезией. Остальным детям понадобилось анестезиологическое пособие в виде общего обезболивания.

Операция заключилась в проведении туннельного разреза кератомом 2,5 мм на 12 часах и парацентеза с темпоральной стороны у лимба. В переднюю камеру вводился Sol.

Mezatonі 0,1% 0,1 мл, в переднюю камеру – 0,2 мл вискоэластика. Через картридж инъектором в переднюю камеру вводилась отрицательная линза и заправлялась под радужку шпателем через парацентез. Вискоэластик вымывался. Для полного сужения зрачка в камеру вводился Carbachol 0,01% 0,1 мл и ножницами Ваннаса производилось базальная иридотомия на 12 часах. Разрез герметизировался при помощи гидратации стромы. Операция заканчивалась парабульбарной инъекцией Sol. Dexametazonі 0,1% 0,5 мл и Sol. Gentamycinі 4% 0,5 мл. Таким образом было имплантировано 5 отрицательных линз с оптической силой от 7,0 до 16,0 дптр.

Результаты и их обсуждение. Анизометропия – заболевание глаза, при котором преломляющие силы у каждого глаза различны и имеют разницу, превышающую 2 диоптрия. Анизометропия встречается у 7-11% людей с аномалией рефракции и чаще диагностируется в детском возрасте. Пик диагностированных случаев приходится на возраст от 7 до 10 лет, при этом более чем у 36% детей выраженность симптомов нарастает. Анизометропия слабой и средней степеней успешно лечится консервативным путем. А миопическая анизометропия высокой степени у детей плохо поддается коррекции из-за трудностей в ношении контактных линз и непереносимости очковой коррекции. Это приводит к развитию глубокой амблиопии и, как следствие, к косоглазию. У взрослых эта проблема решается рефракционной хирургией (экзимерная кератэктомия, имплантация факичной ИОЛ, ленсэктомия с имплантацией интраокулярной линзы малой диоптрийности). В доступной нам литературе мы не встретили сообщений о применении вышеперечисленных методик у детей.

Накопленный нами положительный 25-летний опыт имплантации факичных ИОЛ у взрослых (более 1000 операций) позволил нам впервые в 2021 году осуществить имплантацию отрицательной ИОЛ ребенку со сверхвысокой степенью миопии и анизометропией высокой степени.

Операции и послеоперационный период протекали без осложнений. Реактивный синдром отсутствовал у всех пациентов. Нахождение в стационаре потребовалось только из-за дачи наркоза. Острота зрения в первые сутки после операции соответствовала остроте зрения с максимальной очковой коррекцией, то есть от 0,06 до 0,2. С первого дня после операции был наложен окклюдер на ведущий глаз, что позволило в последующем месяце улучшить остроту зрения у всех пациентов, которая поднялась от 0,09 до 0,4 соответственно. Последующее плеоптическое лечение закрепило установившуюся остроту зрения. Очковая коррекция потребовалась 4 пациентам, так как у троих на лучшем видящем глазу была только миопия слабой степени. Недокоррекция в 1,5^d на оперированном глазу была только у одного ребенка. Угол косоглазия уменьшился в очках или исчез у 3 детей.

В то же время, необходимо учитывать, что рефракционная операция избавила пациентов от очков или контактных линз, но она не может полностью устранить имеющиеся у них нарушения равновесия между аккомодацией и конвергенцией. Это может обуславливаться тем, что существование сформировавшейся патологической функциональной системы зрительного восприятия не прекращается с устранением этиологического фактора. В связи с этим необходимы продолжительные мероприятия (плеоптическое лечение) для достаточно полной реабилитации пациентов после имплантации отрицательной ИОЛ для формирования у них хотя бы близкому к нормальному функционированию системы зрительного восприятия.

Заключение. Несмотря на небольшой по количеству операций и продолжительности наблюдения опыт имплантации факичных ИОЛ детям с высокой миопической анизометропией, получены хорошие функциональные результаты, которые также зависят от проведения плеоптического лечения как до операции, так и после нее.

Муллоджанов Г.Э., Исмоилов А.А.

ПОКАЗАТЕЛИ ПРИРОСТА ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить показатели прироста интенсивности кариеса зубов у пациентов с врожденным несращением губы и нёба в зависимости от уровня минерализационного потенциала ротовой жидкости.

Материал и методы исследования. Уровень минерализационного потенциала смешанной слюны изучали у 98 детей с врожденной расщелиной губы и нёба в возрасте от 6 до 16 лет с использованием теста эмалевой резистентности (ТЭР-теста) и теста клинической оценки скорости реминерализации эмалевой поверхности (КОСРЭ-теста).

В зависимости от уровня минерализационного потенциала смешанной слюны и кариесоустойчивости пациенты разделены на четыре группы: первую группу составили 19 детей с высоким уровнем минерализационного потенциала слюны и отсутствием пораженных кариесом зубов, которые считались кариесоустойчивыми; во вторую вошли 26 детей со средним уровнем минерализационного потенциала смешанной слюны и кариозным поражением моляров и премоляров челюстей; 28 детей с низким уровнем минерализационного потенциала слюны и кариозным поражением не только жевательных зубов, но и верхнечелюстных резцов составили третью группу; в четвертую группу вошли 25 детей с очень низким уровнем минерализационного потенциала смешанной слюны и кариозным поражением всех функционально-ориентированных зубных сегментов.

Результаты и их обсуждение. Нами был проведен сравнительный анализ динамических показателей интенсивности зубного кариеса у пациентов с высоким ($2,09 \pm 0,22$ балла) уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости, со средним уровнем ($4,21 \pm 0,39$), с низким уровнем ($5,95 \pm 0,71$), а

также с очень низким ($9,03 \pm 0,93$ балла). У пациентов 6-7 лет с врожденным несращением губы и нёба (ВНГН) исходный показатель интенсивности кариеса зубов составил в среднем $3,94 \pm 0,19$, среди детей 8-9 лет этот показатель составил $4,47 \pm 0,23$, у 10-11-летних - $2,15 \pm 0,10$, у 12-13-летних - $4,39 \pm 0,22$ и в 14-15-летнем возрасте - $5,95 \pm 0,29$ единиц на одного обследованного.

Показатели прироста интенсивности зубного кариеса среди детей в возрасте 6-7 лет с ВНГН и средним уровнем минерализационной активности ротовой жидкости в трехлетний период наблюдения составили в среднем $0,88 \pm 0,08$, среди детей в возрасте 8-9 лет они составили $0,90 \pm 0,11$, среди детей 12-13 лет - $0,71 \pm 0,07$, в группе детей 12-13 лет эти показатели составили $0,95 \pm 0,10$, а в группе детей в возрасте 14-15 лет они составили $0,83 \pm 0,12$.

Результаты исследования показали значительный прирост показателей интенсивности зубного кариеса среди пациентов ВРГН и низким уровнем минерализационной активности ротовой жидкости. Так, эти показатели у детей в возрасте 6-7 лет спустя 48 месяцев после первичного осмотра повысились на $0,92 \pm 0,08$, в группе детей 8-9 лет они повысились на $0,97 \pm 0,08$, в группе детей 10-11 лет они возросли на $0,60 \pm 0,06$, в группе детей 12-13 лет этот показатель повысился в среднем на $0,90 \pm 0,08$, а в группе детей 14-15 лет данный показатель за этот период увеличился на $0,85 \pm 0,09$.

Заключение. Результаты динамического наблюдения указывают на четко выраженную положительную динамику стоматологического статуса, касающуюся уровня интенсивности кариеса в зависимости от минерализационной активности смешанной слюны среди детского контингента с врожденной расщелиной губы и нёба.

¹Мурадов А.М., ^{2,3}Комилов Т.Т., ²Файзуллоев Х. Т.,

⁴Мурадов А.А., ⁵Шумилина М.В., ²Рофиева Х.Ш.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ, В БЛИЖАЙШИЕ И СРЕДНЕ ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ

¹Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

²ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

³ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

⁴ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», Москва, РФ

⁵ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Москва, РФ

Цель исследования. Изучить в ближайшие и средне отдалённые сроки частоту развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных, перенесших инфаркт миокарда, осложненный острым почечным повреждением.

Материал и методы исследования. Исследованы 100 больных инфарктом миокарда (ИМ) с признаками ОПП. Применялись «Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, 2017» и «Клинический протокол диагностики и лечения инфаркта миокарда», утвержденный МЗиСЗН РТ. Для определения стадии ОПП применяли и сравнивали классификации RIFLE (2004), AKIN (2007) и KDIGO (2012). Диспансеризация больных осуществлялась согласно «Клиническому протоколу диагностики и лечения. Инфаркт миокарда» МЗиСЗН РТ. Диагностика и лечение ХСН и ее тяжесть оценивали по «Рекомендациям ЕРК (2016, 2018)».

Согласно Клиническому протоколу диагностики и лечения «Инфаркт миокарда»

МЗиСЗН РТ, диспансеризация больных осуществлялась по следующим предписаниям контрольного посещения врача: после выписки из стационара посещение врачей кардиолога и нефролога – в 1-ый месяц 1 раз в 7 дней, 2-ой месяц - 1 раз в 10 дней, а также по закрытию листка нетрудоспособности - 1 раз в месяц в первый год наблюдения, затем - 2 раза в год и в последующем - 1 раз в квартал.

Результаты и их обсуждение. Из 100 больных, перенесших ОИМ, осложненный ОПП, больничная летальность составила 8,0% (8), при этом выживших при выписке из стационара остались 92 (92,0%). К 3 месяцу - 89 (89,0%) и 11,0%, к 6 месяцу - 84 (84,0%) и 16,0%, к 1 году - 79 (79,0%), т.е. 21,0% общей смертности.

Проведенный анализ показателей фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), количество выживших и летальность в ближайшие и средне отдалённые сроки после перенесенного ОИМ, осложненного ОПП, представлены в таблице.

Функциональное состояние ЛЖ сердца в ближайшие и средне отдалённые сроки после перенесенного ОИМ, осложненного ОПП

ХСН у больных, перенесших ОИМ, по ФВ ЛЖ	Группа выписанных из стационара больных на диспансерное лечение из 100 пациентов, перенесших ОИМ, осложненный ОПП (n=92)		
	1-3 месяца	3-6 месяцев	6 месяцев - 1год
Сохраненная ФВ (50% и более)	39 (43,8%)	42 (50,0%)	43 (54,4%)
Промежуточная ФВ (от 40%-49%)	36 (40,5%)	32 (38,1%)	28 (35,4%)
Низкая ФВ (менее 40%)	14 (15,7%)	10 (11,9%)	8 (10,1%)
Выживших	89 (89,0%)	84 (84,0%)	79 (79,0%)
Летальность	11,0%	16,0%	21,0%

Примечание: процент по отношению общему количеству больных в группах; жирным шрифтом - процент по отношению n=100 больных ОИМ, осложнившимся ОПП

Заключение. Риск развития тяжелых форм хронической сердечной недостаточности у больных, перенёсших инфаркт миокарда, осложнённый острым почечным повреждением, несмотря на разработанные клинические рекомендации остается высоким, что является

важным фактором риска высокой частоты рецидива ишемии миокарда, повторного инфаркта миокарда, инсульта, фибрилляции предсердий и желудочков и других грозных осложнений, что ассоциируется с негативным прогнозом и высоким уровнем летальности.

¹Мурадов А.М., ^{1,2}Шумилина О.В., ³Комилов Т.Т., ³Файзуллоев Х.Т.,
⁴Мурадов А.А., ³Рофиева Х.Ш.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ, В БЛИЖАЙШИЕ И СРЕДНЕ ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ

¹Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

³ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

⁴ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева»

Цель исследования. Изучить в ближайшие и средне отдалённые сроки развития хронической болезни почек (ХБП) у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), осложнённый острым почечным повреждением (ОПП).

Материал и методы исследования. Исследованы 100 больных с инфарктом миокарда (ИМ) с признаками ОПП. Применялись «Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, 2017» и «Клинический протокол диагностики и лечения инфаркта миокарда», утверждённый МЗиСЗН РТ. Для определения стадии ОПП применяли и сравнивали классификации RIFLE (2004), AKIN (2007) и KDIGO (2012).

Диспансеризация больных осуществлялась согласно «Клиническому протоколу диагностики и лечения. Инфаркт миокарда» МЗиСЗНРТ. Диагностика и лечение ХСН и ее тяжесть оценивали по «Рекомендациям ЕРК (2016, 2018)».

В ближайшие и средне отдаленные сроки для определения стадии ХБП мы придерживались Национальных рекомендаций

«Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению» (2013), а также использовалась классификация по уровню альбуминурии.

Результаты и их обсуждение. При поступлении из 100 больных ОИМ с учетом времени развития патологии выявлено, что ОПП имело прerenальные причины, которые условно разделены на 3 группы: 1-ая группа - 35 (35,0%) пациентов со средней степенью тяжести, почечная дисфункция ассоциировалась с 1 стадией (Risk) риска почечной дисфункции; 2-ая группа - 34 (34,0%) с тяжелым состоянием, в основном, у них отмечались признаки 2 стадии (Injury) почечного повреждения; 3 группа - 31 (31,0%) больной с крайне тяжелым состоянием с 3 стадией (Failure) почечной недостаточности.

Больничная летальность составила 8,0% (8), при этом выживших при выписке из стационара остались 92 (92,0%).

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и стадии ХБП у больных, перенесших ОИМ и ОПП, в ближайшие и средне-отдалённые сроки, представлена в таблице.

СКФ у больных, перенесших ОИМ и ОПП, в ближайшие и средне-отдалённые сроки

Стадии ХБП у больных, перенесших ОИМ, по СКФ мл/мин/1,73м ²	Группы больных и сроки обследования		
	2 группа n=92, проспективная		
	1-3 месяца	3-6 месяцев	6 месяцев -1год
I – тубулярная (СКФ, ≥90)	32 (33,7%)	34 (40,5%)	32 (40,5%)
II – компенсированная (СКФ 89-60 мл/мин)	37 (28,1%)	35 (41,7%)	19 (24,1%)
III – субкомпенсированная (СКФ 59-30 мл/мин)	17 (7,7%)	10 (11,9%)	18 (22,8%)
IV – некомпенсированная (СКФ 29-15 мл/мин)	3 (3,4%)	5 (5,9%)	8 (10,1%)
V – терминальная (СКФ менее 15 мл/мин)	-	-	2 (2,5%)
Всего	89	84	79

Из 100 больных, перенесших ОИМ и разной тяжести течения ОПП, к концу 1 года жизни осталось всего выживших 79,0%, при этом фактически у них развились ХСН и ХБП различной степени выраженности: ХСН - с сохраненной ФВ ЛЖ (50% и более) составила 54,4% (43), с промежуточной ФВЛЖ (от 40%-49%) - 35,4% (28) и низкой ФВ (менее 40%) - 10,1% (8); ХБП - с I - тубулярной стадией (СКФ, мл/мин/1,73м² $\geq$ 90) или повышенной СКФ - 40,5% (32), II - компенсированной стадией (СКФ 89 - 60 мл/мин) - 24,1% (19), III - субкомпенсированной стадией (СКФ 59 - 30 мл/мин) - 22,8% (18), IV - некомпенсированной стадией (СКФ 29 - 15мл/мин) - 10,1% (8), V - терминальной стадией (СКФ менее 15мл/мин) - 2,5% (2).

Заключение. Анализ проведенных диагностики и лечения больных ОИМ,

осложнённого ОПП, показал, что на этапе госпитализации не достаточно внимания уделяется клиническим и лабораторным признакам ОПП, в особенности 1-ой стадии (Risk) риска почечной дисфункции и 2-ой стадии (Injury) почечного повреждения, что негативно влияет на ближайшие и среднесрочные перспективы.

Риск сердечно-сосудистых осложнений обратно пропорционален глубине нарушения клубочковой фильтрации, в связи с чем при диспансерном наблюдении необходима своевременная диагностика хронизации процесса, регулярный контроль СКФ и ФВ ЛЖ.

Развитие ХСН и ХБП у данной категории больных ассоциируется с негативным прогнозом и высоким уровнем летальности.

Мухиддинов Н.Д., Болтуев К.Х., Курбонов Н.Г., Абдуллозода Ф., Азизов Ф.А.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв с использованием видеолaparоскопических технологий.

Материал и методы исследований. Работа основана на результатах видеолaparоскопического лечения 18 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Пациенты оперированы на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГУ ИПОвСЗ РТ за последние 5 лет. Возраст пациентов варьировал от 17 до 60 лет, большинство были трудоспособного возраста. Сроки поступления в стационар от 6 до 12 часов - 11 пациентов, от 12 до 24 часов - 7 пациентов от начала заболевания. Все пациенты поступили в экстренном порядке. Во всех случаях у больных имелся язвенный анамнез, а именно: боли в верхней половине живота, связанные с приемом пищи, либо диагноз язвенная болезнь был ранее установлен при эндоскопическом исследовании.

Методика обследования больных с перфоративной гастродуоденальной язвой включала общеклинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопи-

ческие методики. Обзорную рентгеноскопию органов брюшной полости выполняли всем пациентам. Эндоскопическое исследования выполняли в случае отсутствия свободного газа в брюшной полости для исключения прикрытых перфораций.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом, формировался карбоксиперитонеум с давлением 10-12 мм рт. ст. Длительность вмешательства в среднем составила от 45 до 90 мин. Далее осуществлялась ревизия органов брюшной полости с оценкой выраженности перитонита, диаметра и локализации прободной язвы, характера и инфильтрации ее краёв. После выполнения диагностического этапа лапароскопии переходили на лечебную с наложением двух 5-мм троакарров по правому и левому подреберным областям. Вначале производилась аспирация перитонеального экссудата. Перфоративные отверстия ушивались «Z»-образным швом рассасывающей нитью (викрил 2/0). Прочность ушиваемой перфорации проверялась введением в желудочный зонд 500 мл физиологического раствора с 20 мл разбавленного красителем метиленовым синем. Далее

выполнялась санация брюшной полости физиологическим раствором и вавеганом, поэтапно аспирируя содержимое из поддиафрагмального пространства, боковых каналов и малого таза и удаляя наложения фибрина. Операция завершалась лестничным дренированием брюшной полости. В ходе проведения пробы на прочность ушитой перфорации у одного больного отмечалась просачивание красителя после ушивания перфоративного отверстия, поэтому потребовалось наложение дополнительного узлового шва. В послеоперационном периоде у одного больного на 3-е сутки развилась несостоятельность шва,

которая установлена по выделению содержимого желудка, желчи и красителя через желудочный зонд. Произведена лапаротомия, повторное ушивание перфоративной язвы по методу Островского с санацией и дренированием брюшной полости. Летальных исходов не отмечалось.

Заключение. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв, осложненных распространенным перитонитом, является относительно безопасным и эффективным методом хирургического лечения с низкой частотой послеоперационных осложнений.

*Муриддинов Н.Д., Болтуев К.Х., Абдуллозода Ф.,
Муродова Ш.М., Мукимов Ш.Г.*

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Оценить возможности видеолaparоскопии в диагностике острого деструктивного аппендицита, осложненного перитонитом.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГУ ИПОвСЗ РТ видеолaparоскопия выполнена у 196 пациентов с диагнозом «острый аппендицит, осложненный перитонитом». Всем больным выполнены лапароскопическая аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Среди больных был 121 (61,7%) мужчина и 75 (38,3%) женщин. Возраст колебался от 18 до 67 лет. Из общего количества 18 (9,2%) человек поступили до 12 часов, 48 (24,4%) - до 24 часов и более 24 часов - 130 (66,4%) от начала заболевания.

Видеолaparоскопически определены следующие патоморфологические формы острого деструктивного аппендицита: флегмонозная - 67 (34,2%), гангренозная - 71 (36,3%) и гангренозно-перфоративная форма - 58 (29,5%) случаев.

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 эндохирургией. Длительность вмешательства составила от 35 до 90 мин. При

ревизии органов брюшной полости признаки местного перитонита выявлены у 95 (48,5%) больных, в основном у пациентов с флегмонозной формой острого аппендицита, диффузный - у 84 (42,8%) больных и разлитой перитонит - у 17 (8,7%) пациентов. Изменения в области основания червеобразного отростка и купола слепой кишки выявлены у 26 (13,2%) больных, при гангренозном и гангренозно-перфоративном аппендиците в таких случаях нами не использовался лигатурный метод обработки культи отростка. Предпочтение отдавалось методике De Kok. Во всех наблюдениях операция заканчивалась санацией и дренированием брюшной полости. Дренажи удалялись на 2-4-ые сутки после операции с учетом количества и характера выделяемого выпота из брюшной полости. Сроки пребывания больных в стационаре составили от 4 до 7 дней (в среднем $3,6 \pm 1,2$ дня).

Заклучение. Применение лапароскопической технологии в диагностике и лечении острого аппендицита, осложненного перитонитом, с выполнением аппендэктомии возможно не только при неосложненных формах деструктивного аппендицита, но и при гангренозных, гангренозно-перфоративных изменениях с вовлечением купола слепой кишки и разлитого перитонита при условии адекватной санации и дренирования брюшной полости.

Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Абдуллозода Ф., Мирон Ф.Н., Хомидов Ф.Б.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Оценить эффективность применения малоинвазивных технологий при лечении желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой.

Материал и методы исследования. Мы имеем опыт лечения 35 больных с холецистохоледохолитиазом, осложненным механической желтухой. Возраст больных варьировал от 35 до 65 лет, мужчин было 11 (31,4%), женщин - 24 (68,5%). Все пациентов поступили и обследованы в экстренном порядке.

Для уточнения и верификации диагностики холецистохоледохолитиаза, осложненного механической желтухой, до операции изучали анамнез заболевания, проводили физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, ФГДС, КТ и МРТХГ). Уровень общего билирубина в сывороточной крови выше 150 мкмоль/л оказался у 70,6% больных. Эпизоды желтухи в анамнезе отмечены у 31 больного.

Результаты и их обсуждение. При лечении больных с холецистохоледохолитиазом, осложненным механической желтухой, преимущества отдавали миниинвазивным технологиям. Холедох выделяется с помощью тупой и острой диссекции, использовалась также электрокоагуляция. Холедохолитотомия производится в супрадуоденальной части холедоха. Протяженность холедохотомического отверстия определяется размерами камней и должна незначительно превышать диаметр наибольшего камня. Извлечение камней и ревизию желчевыводящих путей

производили специальными, входящими для этой цели в набор, инструментами, а также корзинкой Dormia и катетером Фогарти. Для санации проводили промывание желчных протоков теплыми растворами антисептиков под давлением. После лапароскопической холецистэктомии с холедохолитотомией дренировали холедох Т-образным дренажом по Kher и накладывали интракорпоральный шов 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 Юрашеву-Виноградову. Интраоперационно в двух случаях отмечалось кровотечение из культи пузырной артерии, клипировали кровоточащие сосуды и применяли аппарат «лигашу». Следует отметить, что применение аппарата лигашу очень эффективно и удобно для остановки кровотечения из культи пузырной артерии. На 11-12 сутки после контрольной фистулохолангиографии удаляли дренаж из холедоха. Летальных исходов не было.

Заключение. Применение малоинвазивных технологий и их сочетание позволяет осуществлять лечение больных с осложненными формами желчнокаменной болезни с минимальным риском развития осложнений, способствуя существенному сокращению сроков медицинской и социальной реабилитации больных и экономии медицинских ресурсов.

Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Абдуллозода Ф., Мирон Ф.Н., Абдурахманов И.Р.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Оценить эффективность неинвазивных методов исследования в диагностике холецистохоледохолитиаза.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование охватывало 135 больных с холецистохоледохолитиазом, находившихся в отделении общей хирургии на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ с 2015 по 2022 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, однако подтвердилось после КТ или МРТ-холангиографии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. По нашим наблюдениям, у 7 (5,18%) больных УЗИ органов гепатопанкреатобилиарной зоны 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 прото-

ков по данным УЗИ. Достоверность КТ, по нашим наблюдениям, имеет среднюю степень точности, около 90%, занимает по чувствительности промежуток между УЗИ и ЭРХПГ. МРХПГ, как альтернативу ЭРХПГ, проводили у 16 (11,85%) пациентов для диагностики холецистохоледохолитиаза и тем самым предотвращали развитие таких грозных осложнений, как перфорация, панкреатит, кровотечение. В 3 случаях выявлены камни размерами около 2 мм в различных отделах гепатикохоледоха, исключена другая патологии гепатобилиарной зоны. Диагностическая точность МРХПГ при холецистохоледохолитиазе составляла 97%. ФГДС выполнялась 116 (85,92%) больным по общепринятой методике, остальным не проводилась в связи с трудностью проглатывания дуоденоскопа. Во время ФГДС осматривали состояние пищевода, желудка и ДПК, при подозрении на онкопроцесс производили забор материала для биопсии, а также прогнозировали возможности проведения эндоскопических вмешательств. При ФГДС у 95 (70,37%) пациентов выявлены признаки образующегося 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 определена дальнейшая хирургическая тактика по устранению холецистохоледохолитиаза.

Заключение. При наличии холецистохоледохолитиаза больным стоит проводить неинвазивные дооперационные методы исследования. После установки 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.

Назарзода Ф.Н., Назаров Х.Ф., Ёров У.У., Назарова Ш.Ф.

ФАКТОРЫ РИСКА ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ "ИПОвСЗ РТ", г. Бохтар
Медицинский центр «Хатлон», г. Бохтар

Цель исследования. Улучшение результатов лапароскопической холецистэктомии у больных с осложнёнными формами желчно-каменной болезни.

Материал и методы исследования. Кафедра общей хирургии Института последипломного образования в сфере здравоохранения в городе Бохтар располагает опытом выполнения 2650 (91%) ЛХЭ у больных в возрасте от 15 до 90 лет, мужчин - 530 (20,0%), женщин - 2120 (80,0%). Ранее оперированы на органах брюшной полости 839 (31,7%) пациентов. По поводу хронического калькулёзного холецистита операции выполнены у 1736 (66,5) больных, острого - у 887 (33,5%), из них у 83 (9,4%) во время операции диагностирован острый флегмонозный холецистит (эмпиема желчного пузыря). Интраоперационные осложнения наблюдались у 67 (2,5%) больных.

Результаты и их обсуждение. Анализ причин интраоперационных осложнений при ЛХЭ показал, что во всех 67 случаях возникли технические трудности, связанные с вариантами особенностями топографо-анатомического строения и расположения протоковых структур из-за выраженной инфильтрации, отека и склеротических процессов, развившихся при длительном камненосительстве, сопутствующей язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хронической панкреатите. Конверсия в связи с интраоперационными осложнениями предпринята у 54 (2%) пациентов. У 13 больных возникшие осложнения в виде кровотечения из пузырной артерии (5), сосудов ложа печени (3), деструкции стенки желчного пузыря при эмпиеме (2) и гематомы большого сальника (3) удалось корригировать лапароскопически.

Интраоперационные осложнения, явившиеся причиной конверсии, были следующие: из пузырной артерии, её ветвей и сосудов печеночного ложа (35); повреждение внепеченочных желчных протоков (3), повреждение стенки желчного пузыря при эмпиеме (11), желчеистечение из печеночного ложа (5). Всем пациентам выполнены соответствующие, принятые в хирургической практике, оперативные методы коррекции и устранения возникших осложнений. В послеоперационном периоде умерла 1 больная в связи с острым инфарктом миокарда, летальность составила 0,04%.

Процент успешных ЛХЭ достаточно высок, однако средняя частота интраоперационных осложнений составляет от 0,1% до 5 %, достигая по отдельным статистическим данным 9%. Факторы, оказывающие влияние на количество осложнений, различны. Решающее значение в снижении количества интраоперационных осложнений имеют опыт хирурга, факторы риска, правильные показания к операции и своевременная конверсия.

Заключение. Основой профилактики развития осложнений являются четкое знание особенностей анатомии протоков и сосудов при выраженных инфильтративных изменениях в зоне операции, обеспечение хорошей визуализации гепатикохоледоха. При профузном кровотечении, когда источник не найден, следует переходить к открытой операции, не теряя времени на попытку клипировать или коагулировать кровоточащий сосуд.

Таким образом, ЛХЭ является малоинвазивной и малотравматичной операцией. Однако встречаются неудачи, осложнения и ошибки и в этом плане всегда должна сохраняться настороженность.

Назирова С.Н., Рузиев Ш.И., Раджабов Ш.Ю., Шарифов М.С.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Кафедра судебной медицины ГОУ "ИПОвСЗ РТ"
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Установление танатогенеза ЧМТ как в момент ее причинения, так и в посттравматическом периоде.

Материал и методы исследования. Клинические наблюдения проводились у 20 (8-12 лет) больных с черепно-мозговой травмой (ушибы и сдавления головного мозга).

Результаты и их обсуждение. Согласно статистическим данным, регулярно публикуемым ВОЗ, частота встречаемости черепно-мозговой травмы во всем мире ежегодно нарастает на 2%, составляет в общей структуре современного травматизма 25-30%. Среди детей от 1 года до 3-х лет чаще всего наблюдаются падения ребенка с высоты своего роста, так называемые травмы «ребенка, учащегося ходить», а среди детей в возрасте от 3 до 6 лет чаще всего отмечаются падения с большей высоты, к числу которых относятся падения с лестниц, деревьев, крыш, из окон и пр. В школьном возрасте наибольшая частота получения ЧМТ приходится на дорожно-транспортный травматизм (24-50%) и на повреждения, полученные во время подвижных игр, таких как катание на велосипеде, коньках, качелях, игра в футбол и др. (7-10%).

Особенности клинической картины ЧМТ у детей обусловлены, с одной стороны, повышенной ранимостью незрелого мозга и его гидрофильностью, кроме того, незавершенная миелинизация мозга и особенности регуляции

сосудистого тонуса часто приводят к диффузным вегетативным реакциям, судорожным припадкам, а также преходящей гиперемии мозга, с другой стороны – большими компенсаторными и пластическими возможностями вследствие незавершенной дифференциации структуры нервных центров и системы кровообращения мозга, малой кальцинации и эластичности костей черепа с открытыми швами между ними.

Когда травме подвергается ткань незрелого ещё мозга, часто нарушается дальнейшее его развитие, что может привести в последующем к разного рода отклонениям в нервно-психической сфере. Нередко отмечается несоответствие между перенесённой травмой, которую у взрослых можно было бы трактовать как «лёгкое телесное повреждение», и возникающими тяжёлыми последствиями, приводящими к инвалидизации пострадавшего ребёнка, и в таких случаях приходится проводить дополнительные или повторные судебно-медицинские экспертизы с переквалификацией телесных повреждений.

Заключение. При ушибах головного мозга тяжёлой степени и при внутричерепных кровоизлияниях наиболее ценным, на наш взгляд, является танатогенез, он объективно отражает степень тяжести черепно-мозговой травмы.

Нарзулов В.А., Каримов С.С., Нарзулова Ш.В., Кодирова А.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОВ, ПРИГОТОВЛЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ КОНСЕРВИРОВАНИЯ, ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ СКЕЛЕТА

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности использования на реконструктивно-восстановительном этапе ксенотрансплантатов с различными консервантами при костных новообразованиях скелета.

Материал и методы исследования. У больных с остеогенными опухолями скелета после выполнения операций на костях скелета образовавшиеся дефекты костей замещались костным ксенотрансплантатом из ребра теленка, консервированным в 0,5% растворе формалина и 0,5% растворе формалина с

добавлением 0,01% раствора флавоноидов. Средний возраст больных составил 52 года, диапазон возраста находился в пределах от 7 до 75 лет. Все образовавшиеся костные дефекты больных восстановили ксенотрансплантатами.

Результаты и их обсуждение. Для получения достоверных данных больные с костными новообразованиями и опухолеподобными процессами скелета (КНОПС) рандомизированно были распределены на две группы в зависимости от использованных трансплантатов при выполнении

костнопластического восстановительного этапа оперативного вмешательства. В этих двух сравниваемых группах больных был 251 чел.; в первой группе - 126 чел. (50,2%). Среди них с опухолями нижней конечности – 78 и верхней конечности - 22 человека, нижней челюсти - 18, верхней челюсти – 8.

Всем больным с КНОПС после оперативного вмешательства для замещения костного дефекта были использованы костные ксенотрансплантаты, консервированные в 0,5% растворе формалина. Во второй группе находились 125 чел. (49,8%) больных, из которых с опухолями нижней конечности было 62 пациента, верхней конечности - 18, нижней челюсти - 29, верхней челюсти - 15, лобной пазухи – 1. Всем больным с КНОПС после оперативного вмешательства для замещения костного дефекта были использованы костные ксенотрансплантаты, консервированные в 0,5% растворе формалина с добавлением 0,01% раствора флавоноидов.

Было установлено, что у 237 (92,0%) больных отмечены положительные результаты, у 14 (8,0%) пациентов - отрицательные результаты. В первой контрольной группе после использования костные ксенотрансплантатов, консервированных в 0,5% растворе формалина у 117 (92,8%) больных отмечались положительные результаты, у 9 (8,2%) - отрицательные. Во второй основной группе из 125 больных у 120 (96,0%) установлен положительный результат, у 5 (4,0%) пациентов - отрицательные результаты.

Закключение. Применение консервированных ксенотрансплантатов на основе 0,5% раствора формалина - флавоноида 0,01% после костнопластических операций при костных новообразованиях и опухолеподобных процессах скелета является полноценным материалом.

Таким образом, костные ксенотрансплантаты, консервированные на основе флавоноидов, могут быть методом выбора при костнопластических операциях у пациентов с КНОПС.

Одил С., Джураев Ш.М., Тохиров Ф.С.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОВЕРТЕР-ДЕФИБРИЛЯТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Проанализировать клиничко-анамнестический статус у больных с высоким риском внезапной сердечной смерти (ВСС) с имплантированными кардиовертер-дефибрилляторами (КД).

Материал и методы исследования. Проведен анализ больных с имплантированным КД в РНЦССХ с 2019 по 2022 гг. Всего в анализ вошли 5 пациентов, которым установлен КД. Из них 4 пациента мужского пола и одна женщина, в возрасте от 54 до 67 лет. Оценивались клиничко-анамнестические параметры до и после имплантации КД. Всем больным был установлен диагноз кардиомиопатия и нарушения ритма сердца (НРС) по типу желудочковой экстрасистолии (ЖЭС) и желудочковой тахикардии (ЖТ). Первому больному с диагнозом «гипертрофическая кардиомиопатия и НРС по типу пароксизмальной реципрокной ЖТ и ЖЭС II града-

ции по Лаун-Вольфу» был имплантирован однокамерный КД Medtronic EVERA DRC. Установлен II функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации NYHA. Пароксизмальная реципрокная ЖТ и ЖЭС была установлена по данным анамнеза и холтеровского мониторирования. Второй больной был госпитализирован с диагнозами «ИБС, постинфарктный кардиосклероз, НРС по типу синдрома слабого синусового узла, пароксизмальная реципрокная ЖТ и ЖЭС III градации по Лаун-Вольфу. ХСН III функционального класса по классификации NYHA». Больному имплантирован двухкамерный КД Medtronic EVERA DRC. Синдром слабого синусового узла и пароксизмальная реципрокная ЖТ были верифицированы после проведения внутрисердечного электрофизиологического исследования сердца. Основной причиной

ХСН у данного больного явился ИБС, перенесенный инфаркт миокарда. Больному ранее было проведено аортокоронарное шунтирование. Больному выполнена коронароангиография и шунтография, при которых исключен ишемический генез ЖТ. У остальных пациентов установлен диагноз «дилатационная кардиомиопатия», при котором определен III-IV функциональный класс ХСН по классификации NYHA. НРС по типу ЖЭС II-IV а градации по Лауну-Вольфу, пароксизмальная форма ЖТ и полная блокада левой ножки пучка Гисса (ПБЛНП Гисса). Низкая фракция выброса левого желудочка по данным ЭхоКГ ниже 35%. На ЭКГ при ПБЛНП Гисса комплекс QRS составил более 140 мс. С целью снижения риска жизнеугрожающих НРС и восстановления синхронного сокращения желудочков сердца для повышения фракции выброса левого желудочка, связанных с нарушением внутри- и межжелудочкового проведения, был имплантирован трехкамерный КД с функцией сердечной ресинхронизирующей терапии Medtronic BRAVA (CRT-D).

Результаты и их обсуждение. Пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 7-14 сутки после

операции. У больных с имплантированными одно- и двухкамерными КД в течение года наблюдения были зарегистрированы эпизоды ЖТ и своевременная терапия КД. Основные жалобы больных с НРС и ХСН устранены после имплантации CRT-D. При ЭКГ отмечено укорочение комплекса QRS менее 120 мс, что является основным показателем эффективности CRT-D, т.е. устранена блокада левого желудочка и синхронное сокращение обоих желудочков сердца. У трех больных после имплантации CRT-D на ЭхоКГ наблюдалось повышение фракции выброса левого желудочка от 8% до 13%. Один больной был выписан на 14 сутки после имплантации CRT-D с вторичным заживлением. Других значимых периоперационных осложнений после имплантации КД не наблюдалось.

Заключение. Имплантация КД является востребованным методом устранения жизнеугрожающих НРС, профилактикой ВСС и прогрессирующей ХСН. Это доступный метод терапии показан, в основном, больным с клинически выраженной хронической сердечной недостаточностью, жизнеугрожающими НРС, пожилого возраста и коморбидным фоном.

Одинаева С.Х., Мардонова С.М., Болиева Г.У.

СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

Цель исследования. Изучить частоту и структуру доброкачественных заболеваний молочных желез (ДЗМЖ) у женщин репродуктивного возраста с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы исследования. В период 2020 – 2022 гг. на базе ТНИИ АГиП проведено клиническое обследование состояния репродуктивного здоровья 360 женщин с метаболическим синдромом (1 основная группа). Возраст обследованных женщин колебался от 20 до 48, средний возраст составил $30 \pm 3,5$ лет. Критерием отбора были пациентки с избыточной массой тела. Степень ожирения (избыток массы тела) определяли по ИМТ по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (\text{см})$$

В группах пациенток с МС индекс массы тела в среднем составил $31,2 \pm 0,23$ кг/м².

В контрольную группу вошли 50 женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез и нормальной массой тела. Возраст обследованных составил от 19 до 49 лет, средний возраст $32 \pm 0,5$ лет.

В объем исследований входили: сбор анамнеза по разработанной карте, объективный осмотр с измерением роста, массы тела, объема талии и бедер.

Проведены инструментальные методы исследования; УЗИ половых органов, щитовидной железы.

Результаты и их обсуждение. При обследовании 360 женщин с метаболическим синдромом в 73,2% случаев выявлены патологические изменения. Индекс массы тела у женщин основной группы в среднем составил $31,2 \pm 0,23$ кг/м², что в 12 раз выше аналогичных показателей контрольной группы ($p < 0,001$). При этом у пациенток преобладал абдоминальный характер ожирения. Среднее значение объема талии $112 \pm 9,4$ см, средний объем бёдер - $105 \pm 12,8$ см.

В основной группе выявлены высокие цифры АД (выше 130 / 95 мм рт.ст.), при этом среднее систолическое давление (ССД) составило $141,4 \pm 2,4$ мм рт.ст.). В группе сравнения ССД - $101,6 / 67,4 \pm 1,5$ мм рт.ст. Высокие цифры АД являются предикторами развития гипертонических осложнений. Повышение АД установлено у 47% пациенток с МС. Объективный осмотр позволил установить изменение кожи в виде гиперпигментации на сгибах внутренних поверхностях бёдер, подмышечных (64,7%), паховых (92%) областей и под молочными железами (12%). Гирсутизм и угревая сыпь отмечены в 23,7% случаях. Дополнительные методы исследования позволили установить высокую частоту гиперпластических процессов органов гениталий в виде гиперплазии эндометрия, СПКЯ, аденомиоза, гипоплазии матки и фиброзно кистозной болезни молочной железы.

Исследования показали, что диффузная мастопатия выявлена как в основной, так и в контрольной группах - 79,4% и 73,2% соответственно, однако пациентки с МС наиболее подвержены развитию ДЗМЖ. При этом процент структурных изменений молочной железы увеличивается в группе пациенток позднего репродуктивного возраста и по мере увеличения избытка массы тела. Установлено что у каждой 3-й женщины репродуктивного возраста с МС имеется диффузная форма мастопатии. При этом мастопатия с преобладанием железистого компонента выявлена у 47,4% женщин, с преобладанием кистозного компонента - у 32,0% женщин с МС позднего репродуктивного возраста. Фиброма молочной железы установлена у 15% женщин с МС. Эти параметры в 0,7 раз увеличиваются у пациенток позднего репродуктивного возраста. Следовательно, частота структурных изменений молочной железы увеличивается параллельно репродуктивному возрасту. В контрольной группе эти параметры составили 13,4% и 15,7% соответственно.

У 70% женщин с МС отмечалась галакторея 1-2 степеней. В контрольной группе эти показатели составили 20% соответственно. Лимфоденопатии установлены у 20 пациенток с МС и их не выявлено в контрольной группе.

Заключение. Таким образом, МС является фактором риска развития ДЗМЖ.

Рабиев Х.Х., Сафаров А.Х., Махмадалиев Б.Г., Сироджов К.Х.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Улучшение профилактики осложнений эндопротезирования сустава при повреждениях проксимального конца бедренной кости.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 71 больного с переломами шейки бедренной кости, мужчин было 39 (54,9%), женщин - 32 (45,1%). Средний возраст составил $63 \pm 3,4$ лет.

Для сравнительной оценки полученных результатов оперативного лечения больных разделили на 2 группы. В первую, основную, группу вошли 43 (60,6%) больных, которым в пред- и в послеоперационном периодах был назначен комплекс инфузионной терапии, целью которой являлось улучшение реологических свойств крови, антиоксидантная защита и метаболическая активность организма. В состав инфузионной терапии

входят: раствор реамберина 1,5% по 400 мл в/в, раствор тивортина 4,2% по 100 мл в/в. Во вторую, контрольную, группу включено 28 (39,4%) больных, у которых артропластика выполнена традиционно.

Всем пациентам проводилась оценка антропометрических показателей, лучевая диагностика, УЗИ сосудов тазового пояса и конечностей.

Артропластика сустава выполнена на 3-и – 5-е сутки посттравматического периода, в указанные промежутки, кроме диагностических мероприятий, проводили предоперационное планирование, инфузионную терапию, с целью профилактики инфекционных осложнений назначены парентерально антибиотики широкого профиля.

Результаты и их обсуждение. У всех оперированных больных двигательная активность после артропластики стала возможной на 2-3-е сутки с момента операции. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений во всех случаях использовали эластичное бинтование конечностей. Показа-

тели качества жизни, такие как физические и психологические параметры, демонстрировали положительную динамику, возврат пациента к полноценной жизни.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения местного характера: поверхностное нагноение операционной раны - соответственно у 4,6% и 10,7%, глубокое нагноение операционной раны - у 3,6% пациента контрольной группы, тромбофлебит сосудов голени отмечен - у 2,3% и 7,1%, реактивный синовит коленных суставов развился соответственно у 4,6% и 14,3%.

Заключение. Своевременная оценка состояния реологических свойств крови, гемостаза, антиоксидантной защитной системы организма и коррекция выявленных нарушений благодаря использованию оптимизированного комплекса инфузионной терапии минимизируют развитие гнойных осложнений местного характера, непосредственно влияя на ближайшие и отдаленные результаты лечения и трудоспособность пострадавшего.

Рабиев Х.Х., Сироджов К.Х., Сиродждода М.С., Махмадалиев Б.Г.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА С УЧЕТОМ КОРТИКАЛЬНОГО ИНДЕКСА

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения переломов проксимального конца бедренной кости у больных пожилого возраста.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах эндопротезирования тазобедренного сустава у 63 больных с переломами проксимального конца бедра. Из них мужчины составили 40 (63,5%), женщины – 23 (36,5%) человека. Возраст больных варьировал от 59 до 76 лет (средний возраст – 65±3,4 лет).

Для сравнительной оценки результатов артропластики тазобедренного сустава и разрабатываемых способов диагностики локального остеопороза больных разделили на 2 группы. Первая, основная, группа (41 наблюдений), в которой артропластика проведена с учетом кортикального индекса. Вто-

рая - контрольная группа (22 наблюдения), у которой артропластика сустава проведена по общепринятой методике. Критерием включения было проведение артропластики тазобедренного сустава на фоне повреждения проксимального отдела бедренной кости травматического генеза у больных с клинической и рентгенологической картиной до- и послеоперационного периода.

Наряду с лабораторными данными для определения плотности костей, которая имеет важное значение при выборе компонентов эндопротеза, мы определяли величину кортикального индекса по Barnett-Nordin.

Результаты и их обсуждение. При переломах шейки бедра у больных основной группы с явлениями остеопороза тотальное цементное эндопротезирование выполнено в 9 (22,5%), гибридное эндопротезирование

- в 4 (10%) случаях. При межвертельных переломах биполярное эндопротезирование выполнено в 5 (12,5%), тотальное гибридное эндопротезирование – в 6 (15%) случаях. В 16 (40%) случаях выполнено тотальное бесцементное эндопротезирование. В контрольной группе биполярное эндопротезирование произведено в 8 (36,4%) случаях, тотальное бесцементное эндопротезирование – в 14 (63,6%). Результаты исследования показывают, что хорошие и удовлетворительные функциональные исходы артропластики у пациентов основной группы составляют 53,8% и 41%, в контрольной

группе указанные результаты отмечены в 45,5% и 40,9% случаев соответственно. Неудовлетворительные результаты артропластики в группах составляет 5,2% и 13,6% соответственно.

Заключение. Эндопротезирование тазобедренного сустава при повреждениях проксимального конца бедра с учетом кортикального индекса является эффективным, перспективным и инновационным способом хирургического лечения, позволяющим в кратчайшие сроки избавить больного от постельного режима и восстановить трудоспособность.

Раджабов Ф.А., Икромов Т.Ш.

ВЫБОР МЕТОДА ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Улучшить результаты анестезиологического обеспечения лечения детей с врожденными спинномозговыми грыжами.

Материал и методы исследования. Исследованы 65 детей от 3 месяцев до 1 года, оперированные в плановом порядке, которым выполнялась пластика спинномозговой грыжи в отделении детской нейрохирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с 2020 по 2021 гг. Все дети разделены на 2 группы: в 1 группе анестезию проводили сибазоном и фентанилом (n=38), во 2 группе - оксибутиратом натрия и фентанилом (n=27).

Всем пациентам проводился неинвазивный мониторинг показателей центральной гемодинамики: среднего артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД) и сатурации кислорода (SpO_2).

Премедикация во всех случаях осуществлялась по схеме: атропин (0,01 мг/кг), кетамин (2-4 мг/кг), димедрол (0,5-1 мг/кг). В 1-й группе индукция в наркоз осуществлялась болюсным введением сибазона 0,4-0,6 мг/кг и фентанила 3-5 мкг/кг, после миорелаксации ардуаном 0,05-0,07 мг/кг производили интубацию трахеи. Поддержка анестезии производилась болюсным введением сибазона 0,05-0,1 мг/кг каждые 30 минут. Во 2-й группе индукцию проводили ГОМКом в дозе 60-70 мг/кг, фентанилом 3-5 мкг/кг. Анестезию

поддерживали введением ГОМКа каждые 30-40 минут. В обоих случаях анестезию поддерживали болюсным введением фентанила 1,2-2 мкг/кг через каждые 20-25 минут.

Результаты и их обсуждение. При индукции в наркоз и интубации трахеи у детей 1 группы происходило увеличение ЧСС на 5,4%, у 2 группы - на 3,4%, при этом показатели СДД статистически достоверно снизились соответственно на 12,3% ($p<0,05$) и 13,9% ($p<0,05$). Также при вышеизложенных вариантах анестезии имело место снижение SpO_2 на 9,8% и 6,5% соответственно. В начале операции при всех вариантах анестезии происходило увеличение ЧСС соответственно на 13,4% и на 10,8% выше этапа индукции в наркоз. СДД у 1-й группы больных характеризовалось увеличением на 11,6% ($p<0,05$), 2-й группы - на 6,9% от первоначального этапа. Во время травматичных этапов операции наблюдалось незначительное увеличение АД при анестезии на основе сибазона, по сравнению с предыдущим этапом, и возрастание его на 17% ($p<0,05$) по отношению к исходному этапу при варианте анестезии на основе оксибутирата натрия. Показатели SpO_2 изменялись незначительно.

Заключение. Сибазон стабилизирует центральную гемодинамику, а анестезия на основе ГОМКа, избирательно управляя анальгетическими и гипнотическими компонентами, позволяет лучше регулировать глубину анестезии.

Раджабова Г.К., Султанова Дж.М., Холмуродова С.Р.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА НА СОСТОЯНИЕ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЕМКОСТИ КРОВИ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ "ИПОВСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить особенности влияния операционного стресса на состояние свободно-радикального окисления и антиоксидантной емкости крови у женщин с неотложной сочетанной патологией органов брюшной полости и малого таза.

Материал и методы исследования. Исследование основано на анализе 31 женщины с неотложной сочетанной патологией органов брюшной полости и малого таза, которым проведены малоинвазивные способы симультанных вмешательств за период 2016-2021 годы в ГУ «Медицинский комплекс Истиклол», и 17 здоровых женщин.

Возраст женщин варьировал в пределах 29,6±6,9 лет. При этом более 87,0% женщин составили пациентки детородного возраста.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что операционный стресс сопровождается значительным увеличением генерации активных форм кислорода и активацией процессов ПОЛ, о чем свидетельствует особенно достоверное повышение уровня спонтанной и индуцированной хемилюминисценции крови, а также МДА и ДК после 24 часов от момента операции. При этом анализ показателей маркеров оксидантной активности и провоспалительных цитокинов в перитонеальной жидкости показал аналогичные изменения, происходящие и в периферической крови, однако со значительными отклонениями цифр. Немаловажным индикатором воспаления считаются также провоспалительные цитокины, уровень которых был изменен в перитонеальной жидкости женщин обеих групп (ИЛ-1 -

18,6±2,2 и 16,2±2,8 пг/мл, ИЛ-6 - 5,8±2,2 и 16,4±2,6), что лишний раз подтверждает влияние воспалительного стресса, в т.ч. на образование спаечного процесса в малом тазу при ОЗГ. Указанное позволяет заключить, что состояние про- и антиоксидантной системы периферической крови и перитонеальной жидкости у женщин с НСП ОБП и малого таза, характеризуется интенсификацией процессов ПОЛ с развитием явлений окислительного стресса. Вероятно, изложенный процесс у женщин с поликистозом или кисты яичника может быть обусловлен гормонально-зависимой активацией аденилатциклазы с последующим накоплением цАМФ в тканях яичника. При этом избыточная продукция цАМФ катализирует гидролиз фосфолипидов клеточных мембран и обеспечивает мобилизацию ненасыщенных жирных кислот, потенцируя реакции СРО, что проявляется повышением токсических продуктов МДА и ДК как в ткани яичника, так и в перитонеальной жидкости.

Следует отметить, что при госпитализации женщин с НСП ОБП малого таза отмечается снижение показателей общей антиоксидантной активности на 53,0%, а через 24 часа после операции – на 62,0%, что вероятнее всего связано с коррекцией острой патологии гениталий.

Заключение. При неотложной сочетанной патологии органов брюшной полости и малого таза состояние про- и антиоксидантной системы периферической крови и перитонеальной жидкости характеризуется интенсификацией процессов ПОЛ с развитием явлений окислительного стресса, в частности их нарастанием в первые 24 часа после операций.

¹Райимбердиев С.А., ²Бахриев И.И., ²Назирова С.Н.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

¹Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

²Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель исследования. Провести сравнительное исследование морфологических параметров надпочечников, отражающих их морфофункциональное состояние при различных вариантах течения и исходах артериальной гипертензии.

Материал и методы исследования. Объектом морфологического исследования служили надпочечники 18 мужчин в возрасте от 50 до 84 лет, страдавших при жизни артериальной гипертензией и умерших от различных причин – несовместимой с жизнью механической травмы (группа «Контроль»). Набор материала производился на базе Андижанского филиала центра СМЭ РУз. в 2018-2021 годах. Для гистологического исследования секционного материала взяты фрагменты из средней части надпочечников, на которых имелись в наличии капсула, а также все три зоны коркового вещества и мозговое вещество. На микропрепаратах, окрашенных гематоксилином и эозином, по полуколичественной 4-балльной методике оценено состояние капсулы, клубочковой, пучковой и сетчатой зон коркового и мозгового вещества.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности во всем мире, и в Узбекистане занимают одно из первых мест по величине этого показателя. Артериальная гипертензия является одним из основных факторов риска, определяющих прогноз заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистой патологии. В секционной практике проводились морфологические исследования надпочечников при артериальной гипертензии, однако артериальная гипертензия чаще всего выступала как фоновая патология при ишемической болезни сердца.

У гипертоников, по сравнению с контрольной группой, выявлены статистически значимые различия всего по нескольким параметрам. Зарегистрировано снижение содержания липидов в сетчатой зоне левого надпочечника, увеличение

кровенаполнения клубочковой зоны и мозгового вещества обоих надпочечников, выраженность липофусцинии сетчатой зоны правой железы, а также снижение вакуолизации и увеличение ядерно-цитоплазматического соотношения эндокриноцитов мозгового вещества левого надпочечника. У погибших ненасильственной смертью, по сравнению с погибшими от травмы, снижено содержание суданоглифических липидов в адренокортикоцитах всех зон коркового вещества контралатеральных желез. При развитии мозгового или сердечного вариантов танатогенеза происходят статистически значимые изменения в одном из надпочечников, а выраженность аналогичного признака в другом статистически значимо не изменяется. В левом надпочечнике увеличиваются ядерно-цитоплазматическое соотношение и выраженность очаговой лимфоцитарной инфильтрации мозгового вещества; а в правом – выраженность липофусцинии сетчатой зоны. Также в левых надпочечниках увеличивается выраженность вакуолизации адреноцитов мозгового вещества и количество в нем эндокриноцитов с пикнотичными ядрами. При сердечном варианте танатогенеза больше выражены морфологические признаки гиперфункции клубочковой зоны, а именно – делипидизация в левой и правой железах. В пучковой и сетчатой зонах контралатеральных желез при сердечном варианте умирания, по сравнению с мозговым, более выражено кровенаполнение. Также при сердечном варианте танатогенеза более выражена очаговая лимфоидная инфильтрация и вакуолизация адреноцитов мозгового вещества левых надпочечников.

Заключение. Проведенное исследование показало, что модификация морфологических параметров надпочечников, отражающих их функциональное состояние при артериальной гипертензии, зависит не только от факта наличия заболевания, но и от механизма умирания.

Расулов Н.А., Кандаков О.К., Алимардонов Р., Рахимова С.У.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Кафедра хирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения механической желтухи доброкачественного генеза (МЖДГ).

Материал и методы исследования. Располагаем опытом комплексного лечения 130 больных с МЖДГ. Женщин было 93 (72%), мужчин - 37 (28%). Возраст пациентов составил от 24 до 83 лет. Причиной МЖДГ в 80 (62%) наблюдениях являлся холедохолитиаз, в 22 (17%) - стеноз большого дуоденального сосочка, в 14 (11%) - острый панкреатит, в 8 (6%) - синдром Мирризи III-IV форм, в 4 (3%) - перихоледохеальный лимфаденит и в 2 (1,5%) - парафатеральный дивертикул двенадцатиперстной кишки.

Для диагностики МЖДГ проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, МРТ, ЭРХПГ, ЧЧХ.

Результаты и их обсуждение. Ведущим методом диагностики МЖДГ являлись прямые методы контрастирования желчных путей - ЭРХПГ и ЧЧХ, позволяющие в 96% наблюдений установить причину МЖДГ.

Для выбора сроков и объема оперативного вмешательства ориентировались на разработанные в клинике критерии тяжести МЖДГ. Так, при уровне билирубина не выше 100 мкмоль/л, общего белка 69,2 - 3,2 мкмоль/л и

отсутствии холангита в 72 наблюдениях (55%) выполняли одноэтапные традиционные (n=40) и сочетанные эндоскопические вмешательства (n=32) для коррекции холестаза. В 38 (29%) наблюдениях при уровне билирубина от 100 до 200 мкмоль/л, общего белка 57,2 - 2,8 мкмоль/л и наличии холангита на первом этапе выполняли ЭПСТ с литэкстракцией назобилиарным дренированием (n=29), а также ЧЧХ (n=9). После разрешения желтухи в 24 наблюдениях ограничивались видеолaparоскопической холецистэктомией, в 44 - традиционной холецистэктомией с формированием билиодигестивных анастомозов.

В 20 наблюдениях (15%) при тяжелой МЖДГ и уровне общего билирубина выше 200 мкмоль/л, общего белка 49,6 - 4,3 мкмоль/л и выраженном холангите выполняли эндоскопическую декомпрессию желчных протоков (n=8) и традиционные оперативные вмешательства с формированием наружного дренажа желчных протоков.

В послеоперационном периоде в 17 (13%) наблюдениях отмечали осложнения с 2 (1,5%) летальными исходами.

Заключение. Хирургическая тактика при МЖДГ должна быть строго дифференцированная и основываться на разработанных критериях тяжести механической желтухи.

Расулов Н.А., Кандаков О.К., Алимардонов Р., Рахимова С.У.,
Сайдалиев Дж.М., Шохуджаев А.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра хирургии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Проанализировать частоту и характер повреждения желчных протоков при холецистэктомии.

Материал и методы исследования. В настоящей работе анализируются результаты лечения 14 больных с комбинированными повреждениями желчных протоков и ветвей общей печеночной артерии при

выполнении холецистэктомии в лечебных учреждениях Республики Таджикистан. Среди наблюдавшихся женщин было 12 (86%), мужчин - 2 (14%). Возраст пациентов составил от 37 до 69 лет. В 8 (57%) наблюдениях повреждения отмечены при открытых традиционных холецистэктомиях, в 6 (43%) - при лапароскопической

холецистэктомии.

Предоперационное обследование, кроме общепринятых клинических и лабораторных методов, включало: УЗИ органов брюшной полости, методы прямого контрастирования жёлчевыводящих путей (эндоскопическая ретроградная, чрескожная чреспеченочная или фистулохолангиография), доплеровская ультрасонография, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная панкреатохолангиография (МРПХГ). Тип повреждения определяли согласно классификации Н. Bismuth.

Результаты и их обсуждение. Несомненно, что основным методом лечения желчнокаменной болезни и её осложнений является холецистэктомия. Среди осложнений холецистэктомии наиболее трагичным для больного и хирурга считается повреждение внепеченочных жёлчных протоков, которое наблюдается в 0,5 – 1,4%. Ещё более угрожающим является комбинированное повреждение внепеченочных жёлчных протоков и сосудов, что является главной причиной высокой частоты неудовлетворительных результатов лечения и летальности.

Субоперационное повреждение жёлчных протоков было обнаружено у 4 больных, при этом лишь в одном случае заподозрено повреждение общей печеночной артерии, однако её ревизия не производилась. В раннем послеоперационном периоде (до 7 суток) наличие окклюзии ветвей печеночной артерии диагностировано у 3 (21%) больных, в поздние сроки от 8 до 518 суток – у 7 (50%) больных. Высокие повреждения III-IV типов отмечены у 9 (64%) человек. Повреждение сосудов установлено при выполнении динамического УЗИ с доплерографией сосудов печени (n=3), ангиографии (n=2) и КТ (n=5). В 4 наблюдениях при доплерографии обнаружено отсутствие кровотока по собственной печеночной артерии, обусловленное её окклюзией, в 4 (28,5%) – правой и в 1 (7%) – левой

печеночной артерии.

До поступления в клинику пациенты перенесли от 1 до 4 оперативных вмешательств (кроме холецистэктомии) по поводу ликвидации возникших в связи с повреждением протоков осложнений – обтурационная желтуха, жёлчный перитонит, внутрибрюшные абсцессы. Детальное изучение клинического течения показало, что наряду с типичными для повреждения протоков синдромами (обтурационная желтуха, перитонит, наружный жёлчный свищ) высокий удельный вес имели осложнения, связанные с ишемией печени, некрозом и абсцессами печени (n=14), билиарным сепсисом (n=6).

Интраоперационное повреждение жёлчного протока было обнаружено у 4 больных, у остальных 10 – в сроки от 3 суток до 4 месяцев. Повреждения скорректированы формированием анастомоза между пересеченными концами протока по типу «конец в конец» на Т-образном дренаже (n=2) и гепатикоеюноанастомозом (n=1), у 1 пациента операция была завершена наружным дренированием желчных протоков. После восстановительных операций (n=2) наблюдалась несостоятельность швов билиобилиарных анастомозов. В 2 наблюдениях через 3 недели после операции в связи с развитием множественных инфарктов и абсцессов печени выполнена некрэктомия левой доли печени при её некрозе, дренирование абсцессов печени и наружное дренирование общего печеночного протока (больная умерла).

Заключение. Для диагностики комбинированных повреждений жёлчных протоков и сосудов целесообразно проведение интра- и послеоперационного динамического УЗИ с доплерографией сосудов печени. Индивидуальная активная хирургическая тактика с учётом функционального состояния печени и жёлчных протоков позволяет в каждом конкретном случае выбрать патогенетически обоснованный метод лечения.

Расулов С.Р.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОМБИНАЦИИ С ПРЕПАРАТОМ «МИОМЕКС»

Кафедра онкологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить эффективность препарата «Миомекс» (SENSILAB Polaka Sp.z.o.o. S.K.A., Польша) в комплексном лечении фиброзно-кистозной болезни молочных желёз.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 245 больных с ФКБ МЖ репродуктивного и перименопаузального возрастов. Больные находились в возрасте 22-51 год. Из общего количества у 6 (2,4%) имело место первичное бесплодие, у 7 (2,9%) - вторичное бесплодие, остальные 232 (94,7%) больных имели в анамнезе от 1 до 5 родов. При обращении 140 (57,1%) больных предъявляли жалобы на постоянную боль и наличие уплотнения в молочных желёз. Болезненность, увеличение плотности и тяжести в МЖ за несколько дней до начала менструаций отметили 105 (42,9%) женщин.

Всем пациентам было проведено комплексное обследование, включающее клинический осмотр молочных желёз, ультразвуковое исследование, маммографическое исследование произведено у 121 женщины старше 36 лет. У 87 женщин произведено исследование уровня гормонов крови. У всех обнаружены относительная гиперэстрогения и гипопротестеронемия. Остальные 158 женщин включены в группу исследования с учетом клинических признаков гиперэстрогении. По показаниям произведена пункционная биопсия уплотнения МЖ.

Из 245 женщин ранее 86 (35,1%) больных получали комплексное лечение, включая гормональные препараты, без желаемого эффекта. Препарат «Миомекс» назначен в дозе по 1 капсуле 2 раза в сутки. Продолжительность лечения 2 месяца у 78 (31,8%) и 3 месяца у 167 (68,2%).

Лекарственному препарату «Миомекс» выдана сертификация соответствия Национальной системы сертификации Республики Таджикистан №1044349A16761 от 30.08.2021 г.

Комбинированный препарат «Миомекс» - это негормональный препарат, предназначенный для нормализации эстрогенов. Содержит экстракт зеленого чая (16,7%), катехины 650 мг и Индол-3-карбинол 100 мг. Наиболее известные вещества индол-3-карбинол (I3C) и эпигаллокатехин-3-галлат (EGCG), которые являются активными компонентами препарата Миомекс, блокируют развитие гипер- и неопластических процессов в организме человека, блокируют патологическую пролиферацию и опухолевый неоангиогенез, активируют апоптоз опухолевых клеток, также обладают противовоспалительным и антибактериальным действием. Препарат

также оказывает положительное влияние при любых функциональных расстройствах, обусловленных гиперэстрогенией (повышенным содержанием женского полового гормона), таких как предменструальный синдром; эндометриоз; миома матки и гиперплазия молочной железы. Основным механизмом оздоравливающего действия препарата заключается в его выраженной антиэстрогенной активности.

Рекомендуется в качестве вспомогательного средства в традиционном лечении пациентов при таких заболеваниях, как мастопатия, дисплазия и рак шейки матки, яичников, фибромиомы матки, кисты яичников, остро-конечные кондиломы, папилломатоз органов женской половой системы, эндометриоз, возвратный респираторный папилломатоз, предменструальный синдром. Рекомендуемая доза при ФКБ молочных желёз по 1 таблетке 3 раза в день. Продолжительность курса лечения от 3 до 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) – наиболее распространенная патология молочных желез (МЖ). По определению ВОЗ (1984 г., Женева), - это заболевание, которое характеризуется широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений в тканях МЖ с нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов. В англоязычной и русскоязычной литературе встречается более 35 синонимов ФКБ, такие как болезнь Реклюса, болезнь Шиммельбуша, болезнь Бладгуда, болезнь Купера, кистозная мастопатия, дисплазия молочной железы, гипоплазия, хронический кистозный мастит, кистозная мастопатия, фиброзно-кистозная болезнь, фиброаденоматоз и др.

По сообщению ряда авторов, в настоящее время статистический учет случаев ФКБ не ведется, так как современная медицина просто не имеет технических возможностей вести адекватное наблюдение и лечение огромного контингента женщин, страдающих ФКБ, но, по оценкам разных авторов, ее частота в женской популяции составляет до 50%, в сочетании с гинекологическими заболеваниями увеличивается до 52–70%, а при бесплодии – до 76–82%. ФКБ молочной железы - полиэтиологическое заболевание и к настоящему времени идентифицировано более 80 факторов его риска. В связи с этим в лечении ФКБ применяются препараты с учетом факторов риска. Комплексное лечение ФКБ молочной железы включает витамины, минералы, гепатопротекторы, мочегонные, ферментные препараты, иммунокоррек-

ры, адаптогены, нестероидные противовоспалительные препараты, фитопрепараты, диетотерапию, гормональные препараты, проводится психологическая коррекция. Также в виде местных аппликаций применяются препараты, содержащие прогестерон, представителем которых является прожестожель, применение которого исключает развитие побочных эффектов, характерных для системной гормонотерапии. На сегодняшний день общепринятых стандартов консервативного лечения ФКБ не существует, а одновременное назначение большого количества препаратов не даёт желаемого эффекта. Поэтому актуальной является проблема подбора наиболее эффективных схем терапии с включением хотя бы одного эффективного препарата в комбинации. При назначении терапии больным с ФКБ наиболее важным является индивидуальный подход с максимальным учетом причин заболевания. Основным принципом лечения ФКБ является то, что необходимо начинать с базовой (негормональной) терапии, при неэффективности наиболее патогенетически обоснованной является терапия прогестогенами, а на последнем этапе, при отсутствии эффекта и сохраненной функции яичников, возможно использование селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов — тканеспецифических антагонистов и агонистов эстрогена (тамоксифен и торемифен).

На сегодняшний день в арсенале практического врача появился ряд препаратов растительного происхождения, обладающих широким спектром противоопухолевой активности. Действующим веществом этих препаратов является индол-3-карбинол, обладающий способностью нормализовывать

обмен эстрогенов, тормозить патологическую клеточную пролиферацию, индуцировать апоптоз в опухолевых и опухолеподобных клетках.

При обследовании МЖ до лечения у всех женщин определяли пальпируемые уплотнения и/или повышенную плотность ткани МЖ. Больные в возрасте 22-35 составили 50,6%, в возрасте 36-51 находились 49,4% больных.

Больные первоначально получали комплексное лечение витаминами, гепатотропными препаратами, седативными, препаратами йода, а также миомекс в дозе по 1 таблетке 2 раза в день в течение 2 месяцев. При контрольном осмотре у 153 (62,4%) больных после двух месяцев терапии полностью исчезли боли и нагрубания в МЖ, не пальпировались уплотнения. У 68 (27,8%) женщин отмечено значительное уменьшение проявления симптомов и уплотнения МЖ. Всем больным продолжен прием миомекса еще на один месяц.

У 24 (9,8%) женщин после лечения уплотнения и боли держались на прежнем уровне. В связи с этим им изменена схема терапии.

У 4 (1,6%) больных в первой недели приема миомекса отмечены головные боли, головокружение, тошнота и кожный зуд, в связи с чем прием препарата также был отменен.

Заключение. Лечение ФКБ МЖ должно носить комплексный характер. Высокая эффективность препарата «Миомекс» у пациенток с ФКБ МЖ (90,2% случаев) позволяют рекомендовать его в комплексном лечении данной патологии. Отсутствие эффекта и побочные явления при приеме препарата незначительны. Продолжительность курса лечения должна составить не менее 3 месяцев.

^{1,2}Рахимов Д.А., ³Маматов Т.Ю., ³Маматова Т.Т., ²Турдалиева Г.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» МЗиСЗН РТ
Урологическое отделение Б.Гафуровской ЦРБ, Республика Таджикистан
Урологическое отделение СУБ «Гулякандоз», Республика Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность внутреннего подвешного стентирования, как способа временного дренирования верхних мочевых путей при обструктивном пиелонефрите.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет под нашим наблюдением находились 96 беременных женщин в возрасте от 19 до 45 лет с проявлениями обструктивного пиелонефрита. Из общего количества

беременных женщин первородки составили 37 (38,5%). Анализ показал что, развитие обструктивного пиелонефрита в основном встречается у многорожавших (61,5%) женщин, преимущественно с правосторонним поражением – 82,4%.

Обследование пациенток проводилось по признанному протоколу с обязательным микробиологическим исследованием мочи. Антибиотикотерапия проводилась сначала эмпирически, в последующем по антибиотикограмме. В зависимости от общего состояния больной, анамнеза заболевания, клинических проявлений, изменений в клинико-биохимических анализах и данных ультразвукографии проводилось стентирование верхних мочевых путей, что в общем числе составило 65 пациенток (67,7%). Остальные женщины получали медикаментозную терапию строго в стационаре. Из этой категории больных в 7 случаях в последующем возникла необходимость в дренировании верхних мочевых путей.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время нет общепризнанных требований для выбора метода дренирования верхних мочевых путей при обструктивном пиелонефрите беременных. Основными методами дренирования являются установка внутреннего подвесного стента или перкутанная нефростомия. Любой из методов сопряжен с рядом недостатков для полноценной жизни женщин, но является необходимым критерием лечебной тактики у

данной категории больных.

Клинические проявления в группе больных с дренированными мочевыми путями купировались с первых и вторых суток, а в противоположной группе они отмечены на 5-6 сутки. Изменения в лабораторных показателях на 4-5 сутки в I группе, на 10-12 - во II. После дренирования верхних мочевых путей через 2-3 суток проводилось УЗИ, уростаз не отмечен. Основными побочными эффектами дренирования были дизурические явления у 12 пациенток, тупые ноющие боли в поясницах у 8 и проявления рефлюкса у 5 пациенток. Следует отметить, что проведение антибактериальной терапии у больных I группы ограничивалось в результате положительной динамики, нежели II группы, которым в большинстве случаев лечение дополнялось назначением второго антибиотика. Неудачных установок стента, перфорации мочевых путей, кровотечения или развития гнойно-деструктивных осложнений зафиксировано не было.

Заключение. Своевременное выявление, правильная оценка, оснащенность современными технологиями, опыт специалиста для проведения дренирования мочевых путей во много раз предотвращают риск грозных осложнений как для матери, так и для плода, то есть уменьшается в разы частота преждевременных родов, гибели плода, развитие тяжелых форм преэклампсий и эклампсий, гнойно-деструктивных форм пиелонефрита, уросепсис.

^{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, Республика Таджикистан

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности фармакотерапии с применением комбинированного препарата «Силаксетин», в основе которого лежит селективный ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5) и селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Материал и методы исследования. Исследование проведено 84 мужчинам в возрасте 20-69 лет, медиана – 39,3±17,5 лет. В исследование входило сбор жалоб на неудов-

летворительный 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 сферы.

Вторая группа - 64 (76,2%) пациента, сугубо принимающие комбинированный препарат «Силаксетин». Лечение продолжалось до 3 месяцев. Контрольное исследование проводилось через 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Основу препарата «Силаксетин» составляют силденафил цитрат 100 мг и дапоксетин 60 мг. Силденафил цитрат отвечает за кровоток и расслабление мышц пениса, тем самым увеличивает приток крови к пенису и вообще малому тазу. Дапоксетин же параллельно способствует стойкой и длительной эрекции за счет блокирования нервных окончаний селективным ингибитором сератонина.

В первой группе пациентов 11 (55%) мужчин отмечали положительный эффект до 2-3 месяцев от приёма растительных стимуляторов, у 7 (35%) мужчин эффективность дли-

лась до 1 месяца, у 2-их (10%) положительной динамики не отмечено.

Во второй группе 44 (68,6%) пациента, которые постоянно принимали препарат «Силаксетин», результат, по словам самих пациентов, был превосходным в течение года, у 20 (31,3%) принимавших его эпизодически результат отмечен как относительно удовлетворительный. Пациенты второй группы оценивают сексуальную деятельность положительно, а качество жизни отличным.

Заключение. Правильный подход, длительность лечения и комбинация препаратов положительно влияет на сексуальную деятельность и повышает уровень качества жизни мужчин.

^{1,2}Рахимов Д.А., ²Бобоев Ш.С., ²Убайдуллоев А.Х., ²Турдалиев С.Х.

ЛИТИАЗ СЕМЕННОГО ПУЗЫРЬКА (РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» МЗиСЗН РТ
Урологическое отделение Б. Гафуровской ЦРБ, Республика Таджикистан

Больной М., 52 лет находился на стационарном лечении в урологическом отделении Б. Гафуровской ЦРБ Согдийской области в 2019 году. Поводом для обращения явились дизурические явления, которые беспокоили свыше 10 лет. Неоднократно получал амбулаторное лечение с кратковременным эффектом. В последующем присоединилась эректильная дисфункция, что и явилось поводом для обращения в стационар и госпитализации.

В стационаре больному проводилось исследование секрета простаты, мазка из уретры, заполнение анкет IPSS, QOL, дневник мочеиспускания, урофлоуметрия, посев мочи, ПСА крови, общепринятые клинико-биохимические анализы. Изменения в исследуемых материалах были лишь в секрете простаты в виде наличия множества лейкоцитов и эритроцитов, уменьшения количества лецитиновых зёрен. При ректальном исследовании отмечалось наличие конкрементов в левой половине простаты либо дивертикул мочевого пузыря. Точно дифференцировать их не удалось. Проведено УЗИ, но и при этом исследовании определить точную локализацию конкрементов не удалось, большая вероятность, что они находятся в простате. На обзорной цистограмме тени множества конкрементов в проекции шейки мочевого пузыря. При в/в урографии с нисходящей цистографией отклонений от нормы

нет, дивертикул не определяется. Проведена уретроцистоскопия, патологических изменений в уретре и мочевом пузыре не выявлено. Тем не менее, предварительно был установлен диагноз: «Литиаз предстательной железы с калькулезным простатитом. Эректильная дисфункция».

В плановом порядке под регионарной анестезией проведена операция «Цистотомия». В ходе операции пальпировались конкременты через стенку мочевого пузыря по задней и левой поверхности ближе к простате. Над камнями вскрыта задняя стенка мочевого пузыря в треугольнике Льео. Установлено наличие множества камней, расположенных в семенном пузырьке. Удалены 10 конкрементов, гладкой формы, черного цвета размерами от 1,0 до 1,5 см. Ревизия показала полную атрофию семенного пузырька, в связи с чем пузырек удален. Задняя стенка восстановлена. Мочевой пузырь дренирован уретральным катетером, который удален на 7-е сутки. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии. Пациент в течение почти 2-х лет наблюдается в стационаре и особых жалоб не предъявлял. Качество жизни и половую сферу оценивает как удовлетворительные. За 25 лет существования отделения это был первый случай литиаза семенного пузырька.

Проведен доступный литературный обзор, но конкретных случаев образования литиаза в семенном пузырьке не обнаружено.

Саидов М.С., Ходжамурадов Г.М., Исмоилов М.М., Саидова М.М.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИЛИКОНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КОСМЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оценка результатов применения силиконовых имплантатов при различных эстетических нарушениях в области молочных желез.

Материал и методы исследования. Материал исследования составили 94 больных с различными эстетическими дефектами области молочных желез, обратившихся в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии и Центра эстетической и лазерной хирургии «ОРМЕД» г. Душанбе за период с 2015 по 2021 годы, которым было применено увеличение молочных желез с использованием силиконовых имплантатов.

Все пациенты были прооперированы в плановом порядке под общим обезболиванием. Объем внедряемых имплантатов колебался в пределах от 150 до 600 миллилитров. По показаниям пациенткам перед проведением операции выполнялось ультразвуковое исследование, компьютерная томография, маммография. Критериями исключения из исследования было наличие онкологического процесса и состояний после них.

Результаты и их обсуждение. С синдромом Поланда были прооперированы две пациентки (односторонняя аугментационная маммопластика). Замена силиконовых имплантатов проводилась 5 пациенткам, с первичным обращением в другие стационары. В одном случае произведено внедрение силиконовых имплантатов больному, сменившему пол. В остальных случаях больные обращались по поводу дефицита молочных желез либо с врожденным почти полным их отсутствием (12 пациенток). В ходе оценки отдаленных результатов было установлено преимущество использования имплантатов с шероховатой поверхностью, перед такими же, но с гладкой поверхностью. Значительно снижалось время выделения из дренажей жидкости, время заживления раны и

другие неблагоприятные аспекты. Капсулярная контрактура отмечалась лишь в 3 случаях, когда у пациентки неожиданно для неё самой после проведения операции начались менструальные выделения, что значительно увеличило выделения из дренажей.

Впоследствии отмечалось развитие левосторонней контрактуры. Устранение контрактуры было выполнено удачно в дальнейшем после проведения реконструктивной операции спустя 6 месяцев, с заменой силиконового имплантата. Несмотря на определённую тенденцию, имеющую место в современной пластической и реконструктивной хирургии, касательно не применения дренажей при использовании силиконовых имплантатов данные исследования показывают, что их применение чрезвычайно важно для достижения оптимального результата и профилактики развития капсулярных контрактур. При адекватном дренировании отмечалось более быстрое направление больных на амбулаторное лечение, в сравнении с теми случаями, когда дренаж по каким-либо причинам либо удалялся, либо эвакуация жидкости затруднялась.

Заключение. Таким образом, существует целый ряд факторов, способных влиять на достижение благоприятного результата в послеоперационном периоде, таких как характер имплантата, адекватность дренажа, правильно выбранное время для проведения операции и других факторов. Применение силиконовых имплантатов в косметических целях показало себя актуальным и эффективным в реконструктивно-пластической хирургии молочных желез.

Соблюдение всех условий способно не только предотвратить развитие нежелательных явлений в послеоперационном периоде, но и значительно улучшить косметический результат у данной группы больных.

Сайдуллоев Л., Сайфуллоев К.У.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «СИАЛИС» В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Кафедра урологии и андрологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучение эффективности препарата «Сиалис» на эректильную функцию больных.

Материал и методы исследования. Объектом исследования был 41 пациент в возрасте от 19 до 50 лет (средний возраст составил $34,5 \pm 0,1$ года), предъявляющих жалобы на умеренное снижение спонтанных и адекватных эрекций, «симптом ожидания неудачи». Продолжительность жалоб отмечалась в течение 1,5-2 лет.

Всем больным до лечения проводилось анкетирование эректильной функции в виде опросника Международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5), микробиологическое исследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), определение вторичных половых признаков (осмотр наружных половых органов, характер оволосения, пальпация яичек и их придатков), пальцевое ректальное исследование предстательной железы. Исследовались половые и гонадотропные гормоны, глюкоза крови. Лечение проводилось препаратом «Сиалис». Действующим веществом препарата является тадалофил - селективный ингибитор фосфодиэстеразы - 5 типа, который восстанавливает адекватную выработку эндотелием оксида азота (NO) при сексуальной стимуляции, что повышает содержание в гладких мышцах уровня циклического гуанозинмонофосфата, способствует их расслаблению и увеличивает кровенаполнение полового члена. Мы применяли сиалис по 5 мг 1 раз в день за 2 часа до полового акта в течение 1 месяца.

Результаты и их обсуждение. В последние годы отмечается значительный рост частоты эректильной дисфункции у мужчин молодого и среднего трудоспособного возраста. В настоящее время актуальным является вопрос о лечении эректильной дисфункции, улучшении качества жизни больных, особенно их сексуального здоровья, физическими методами и фармакологическими средствами. В связи с этим требуется применение современных методов лечения больным с эректильной дисфункцией (ЭД).

Из 41 пациента у 21 больного выявлена психогенная ЭД, у 9 - эндокринные нарушения (у 6 - вторичный гипогонадизм, у 3 - гиперпролактинемия), у 7 - смешанная форма ЭД. У всех пациентов исключены ИППП, сахарный диабет, гиперлипидемия. МИЭФ-5 у всех пациентов был ниже 20 баллов. Умеренное снижение тестостерона (Т) до нижней границы нормы отмечено у 3 пациентов в виде гипогонадизма, а гиперпролактинемия определялась у 2 больных со смешанной ЭД.

После приема препарата отмечалось восстановление эрекции, ликвидировался симптом «ожидания неудачи», повысилось либидо. В результате лечения МИЭФ-5 стал выше 21 балла, а при опросе половых партнеров спустя 2 месяца после лечения качество эрекции их устраивало. У 2 пациентов отмечено незначительное улучшение эрекции после лечения.

Заключение. Применение препарата «Сиалис» в лечении больных с различными формами эректильной дисфункции позволяет значительно улучшить их сексуальное здоровье и качество жизни.

Сайдуллоев Л., Тухтаров И., Хайруллоева М.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ПРОСТАБ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Кафедра урологии и андрологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить эффективность препарата «Простаб» в комплексном лечении хронического простатита.

Материал и методы исследований. Собран и проанализирован материал о 68 больных хроническим простатитом в возрасте от 19 до 49 лет, которые страдали этим заболеванием в течение от 1 до 6 лет. Больные разделены на две группы: 28 больных, которые получали простаб совместно с антибиотикотерапией, составили 1-ю группу; 40 больных, которые получали только антибактериальную терапию, составили 2-ю группу сравнения.

У больных преобладали вялые, длительно текущие и часто рецидивирующие формы хронического простатита. Больные обращались после длительного малоэффективного амбулаторно-поликлинического лечения традиционными методами (антибактериальные препараты, противовоспалительные меры, антигистамины, витаминотерапия, физиотерапия и др.). Всем больным хроническим бактериальным простатитом 1-й и 2-й групп назначены антибиотики фторхинолонового ряда. 17 больных первой группы и 19 больных второй группы получали целево (левофлоксацин) по $0,5 \times 2$ раза в сутки, 9 больных первой группы и 21 больной второй группы получали нолицин по $400 \text{ мг} \times 2$ раза в сутки. Длительность антибактериальной терапии составила 2 недели. Одновременно с антибактериальной терапией больные первой группы получали препарат простаб по 1 таблетки 1 раз в сутки до еды в течение 1 месяца.

Результаты и их обсуждение. Хронический простатит остается в настоящее время распространенным и плохо поддающимся лечению заболеванием. Длительно протекающие воспалительные процессы в простате приводят к вторичным иммунодефицитным состояниям и угнетению местных защитных механизмов. Независимо от первопричины и особенностей патогенеза различных форм хронических воспалительных процессов существуют и общие для любых его форм механизмы, лежащие в основе развития болезни, такие как гиперреактивность вегетативно-сосудистой системы организма и иммунологические из-

менения. Очевидно не только медицинское, но и социальное значение улучшения диагностики и повышения эффективности лечения простатита. Лечение хронического простатита должно быть направлено на устранение инфекционного агента, нормализацию иммунного статуса, регрессию воспалительного процесса и восстановление функции железы. В терапии заболевания применяют разные препараты. В частности, препарат «Простаб», который представляет комбинацию экстрактов коры африканской сливы, пальметто ползучей, семян тыквы, бета-ситостерин и витамин Е. Накапливаясь в зоне патологического процесса, оказывает иммуномодулирующее, противовоспалительное, фибринолитическое, противоотечное, антиагрегантное воздействия.

При поступлении у больных в результате обследования выявлены болевой синдром, дизурия, увеличение количества лейкоцитов и уменьшение лецитиновых зерен в секрете простаты, увеличение размеров предстательной железы и наличие остаточной мочи на эхограммах. По окончании лечения отмечалось купирование болевого синдрома, уменьшение дизурических явлений, улучшение состава секрета простаты, а также улучшение консистенции простаты и участков уплотнения в железе при пальцевом ректальном исследовании, уменьшение размеров простаты за счет снятия отека простаты при УЗ исследовании. Наряду с улучшением клинической симптоматики у больных хроническим бактериальным простатитом в процессе лечения и после него отмечается уменьшение количества остаточной мочи, улучшение показателей уродинамического исследования. Максимальная скорость потока мочи в первой группе увеличилась от $12,0 \pm 1,2$ мл/с до $19,5 \pm 1,2$ мл/с через месяц лечения, во второй группе – от $12,1 \pm 1,7$ мл/с до $13,2 \pm 1,7$ мл/с.

Заключение. Терапия препаратом «Простаб» у больных хроническим простатитом позволяет быстрее нормализовать клиническую симптоматику и показатели уродинамики, что сопровождается более быстрой регрессией патологических нарушений секрета простаты, пальпаторных и ультразвуковых изменений в простате.

Саттаров Ж.Б., Ибрагимов А.В.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений врожденной низкой кишечной непроходимости у новорожденных и детей старших возрастных групп.

Материал и методы исследований. На клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились на стационарном лечении 347 детей с различными формами врожденной кишечной непроходимости (ВКН) в возрасте от 1 дня до 18 лет, из них новорожденные – 261 (75,2%); до 3-х месяцев – 23 (6,6%); от месяца до 1 года – 17 (5,0%); от 1 года до 3-х лет – 15 (4,3%); от 3-х до 7 лет – 13 (3,7%); 7-14 лет – 14 (4,0%); 14-18 лет – 4 (1,2%). Среди больных преобладали мальчики – 213 (61,4%), девочки составили 38,6% (134).

Больным проводились комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические – обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование – ЖКТ, ирригография и компьютерная томография (КТ). У 139 (40,0%) больных отмечены признаки высокой кишечной непроходимости, у 208 (60,0%) – низкой кишечной непроходимости.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частой причиной низкой кишечной непроходимости служили атрезии – 83 (40,0%) и стенозы – 8 (3,8%) кишечника с различной локализацией в пределах тощей – 21 (25,3%); подвздошной – 50 (60,2%); и толстой кишки – 11 (13,3%). Сплошные мембраны тонкой кишки отмечены у 1 (1,2%) больного; мембранозная форма непроходимости выше указанных локализаций отмечена соответственно у 17

(8,1%). У 65 (31,3%) детей различные формы мальротации кишечника сопровождались клиничко-рентгенологическими признаками низкой кишечной непроходимости. Меконияльная непроходимость имела у 11 (5,2%), наружное сдавление кишечника – у 20 (9,6%) больных. Препятствия с множественной локализацией имели место в 4 (2,0%) случаях.

При анализе непосредственных результатов оперативного лечения у больных выявлены различные послеоперационные осложнения. Частота, вид и тяжесть осложнений и непосредственные результаты лечения были различными в зависимости от возраста больных детей, характера самой патологии и проведенного оперативного вмешательства. Их анализ свидетельствует о поливалентности танатогенных факторов, обусловленных как изменениями самой кишечной непроходимости, так и связанных с ней до- и послеоперационных осложнений и сопутствующими заболеваниями.

Заключение. ВКН у детей обусловлена нарушениями формирования самой кишечной трубки (51,9%); аномалиями ротации и фиксации кишечника (31,3%), пороками развития других органов, приводящие к сдавлению кишечника (9,6%), меконияльной непроходимостью (5,2%). У 2,0% больных причины имели мультифакторный характер.

Результаты лечения ВКН у новорожденных являются неутешительными. Тяжелый соматический фон, обусловленный соматической патологией и сочетанными аномалиями и осложнениями основного заболевания, нередко возникающими до и/или после рождения ребенка, обуславливают высокую летальность.

¹Сатторов В.Т., ²Воҳидов Н.Б., ²Алимов З.З., ¹Қосимов З.К.

ФИШОРПАСТИИ ШАРАЁНӢ ҲАНГОМИ БЕӢСКУНИИ ҲАРОММАҒӢИ ВА ТАБОБАТИ ОН

¹Кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ "ДТБКСТ ҶТ"

²Беморхонаи вилояти клииникии вилояти Хатлон ба номи Б.Воҳидов

Мақсад. Баҳо додан ва самаранок бар-
тараф намудани фишорпастии шараёнӣ
хангоми беҳискунии ҳароммағзӣ

Мавод ва усулҳо. Давраи солҳои 2019-2021
дар шӯбаи ҷарроҳии умумӣ, осебшиносӣ ва
рағдодии Беморхонаи вилояти клииникии
вилояти Хатлон ба номи Б.Воҳидов ба 200 бе-

мори бистаригашта беҳискунии ҳароммағзӣ
гузаронида шуд. Синну соли беморон аз 16
то 75-солаҳо ташкил меод. Ҳангоми ҷарроҳӣ
дар андомҳои поёнӣ (мавқеи панҷа, соқ рон)
пунксияи канали ҳароммағз дар сатҳи L3-L4
ва L5-S1 гузаронида шуд. Амалиёти ҷарроҳӣ
дар мавқеи қадқашак ва девораи пеши ши-

кам (асосан чурраҳои ислоҳшавандаи баъди ҷарроҳӣ), пунксияи канали ҳароммағз дар сатҳи L3-L4 ва L4-L5 гузаронида шуд. Дар ҳама ҳолатҳо маҳлули маркаин спинал 0.5%, сӯзани пунксионии ҳаҷми C24 истифода шудааст. Пешдармон стандартӣ, инфузияи маҳлулҳо дар марҳилаи пеш аз ҷарроҳӣ ва вақти ҷарроҳӣ 1000-2000 мл-ро ташкил дод (маҳлули NaCl 0.9% ва Рингер).

Натиҷа ва муҳокима. Дар ҳама ҳолатҳо беҳискунии ҳароммағзӣ самаранок буд ва ба ҷарроҳон шароити хуби корӣ фароҳам овард.

Баландии сатҳи анестезия ҳангоми беҳискунии ҳароммағзӣ то T11 расид. Дар 15% (30 бемор) баъди гузаронидани беҳискунии ҳароммағзӣ пастшавии фишори шараёнӣ мушоҳида гардид. Фишорпаستӣ дар ҳолате ҳисобида шуд, ки сатҳи фишори шараёнӣ зиёдтар аз 25%-ро нисбат ба сатҳи аввала ташкил дод. Брадикардия дар 22% (44) бемор мушоҳида шуд. Барои бартараф намудани фишорпастии шараёнӣ истифодаи мезатон

ва дар ҳолати брадикардия атропин натиҷаи хуб дод. Дар ҳама ҳолатҳо дастгирии вазопрессорҳо самаранок буда муддати тӯлонӣ давом накард. Истифодаи фентанил 0,0005%-0,05 мг субарахноидаи дар рафти ҷарроҳӣ имконият дод, ки ҳаҷми истифодаи маркаин то 25% кам шуда, устувории фишори шараёнӣ нигоҳ дошта шавад.

Механизми патогенетикии фишорпастӣ ҳангоми беҳискунии ҳароммағзӣ асосан ба десимпатизатсияи рағҳои бисёри хунгарди мавқеи ковокии сифок, пойҳо ва бозгашти вариӣ вобастагӣ дорад.

Хулоса. Фишорпастии шараёнӣ ҳамчун оризаи беҳискунии ҳароммағзӣ, хусусан дар беморони пиронсол нисбат ба дигар оризаҳо бисёртар воমেҳӯрад. Дар ин ҳолат истифодаи маҳлулҳои инфузионӣ дар ҳаҷми калон воситаи ягона набуда, пешгирии ноустувории фишори шараёнӣ буда наметавонад. Бо мақсади устувор нигоҳ доштани фишори шараёнӣ истифодаи вазопрессорҳо яққоя бо маҳлулҳои инфузионӣ самарали хуб медиҳад.

Сафаров А.Х., Сироджов К.Х., Бегов А.Х., Рабиев Х.Х.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения повреждений тазового кольца при сочетанной травме.

Материал и методы исследований. Материалом исследования явились данные результатов диагностики и лечения 87 пациентов с сочетанной травмой таза. Среди больных в 53 (60,9%) случаях были пациенты трудоспособного возраста. Мужчины составили 49 (56,3%), женщин – 38 (43,7%) человек. В структуре травматизма доминировали дорожно-транспортные происшествия (ДТП) – 45 (51,7%). Согласно международной классификации переломов костей таза по АО Tile (1980) и АО - E. Letournel (1996), больные разделены на 3 группы. Первая группа, переломы типа А - стабильные, с минимальным смещением и, как правило, без нарушения целостности тазового кольца, представлена 31 пациентом, из них в 19 (21,8%) случаях был использован стержневой аппарат, консер-

вативное лечение проводилось в 12 (13,9%) случаях. Во вторую группу вошли 34 (39,1%) пациента с ротационно-нестабильными, но вертикально стабильными повреждениями таза, у которых для репозиции переломов применили аппарат внешней фиксации. Третья группа - 22 пациента с тяжелыми ротационно- и вертикально нестабильными повреждениями. В этой группе у 13 (14,9%) больных нами использован метод погружного накостного остеосинтеза и в 9 (10,3%) случаях - метод погружного остеосинтеза с применением стержневых аппаратов.

Результаты и их обсуждение. Всего было выполнено 75 (90,8%) оперативных вмешательств при переломах костей таза, из них в 53 (60,9%) случаях использовали аппараты внешней фиксации, в 13 (14,9%) случаях - погружной остеосинтез пластиной, комбинированный остеосинтез проводился в 9 (10,3%), консервативное лечение - в 12 (13,9%) случаях.

Анализируя полученные результаты лечения, с учетом качества репозиции и функциональных возможностей таза, нами установлено, что наиболее качественная репозиция и стабильная фиксация были достигнуты у больных с переломами III группы – 13 (14,9%) случаев, которым были использованы погружной остеосинтез в комбинации с аппаратами внешней фиксации. У больных II группы с ротационно-нестабильными, но вертикально стабильными повреждениями таза наиболее качественная репозиция и стабильная фиксация были достигнуты у 21 (24,1%) больного, где осуществлялся аппаратный остеосинтез.

Из 75 больных, лечившихся с применением различных вариантов хирургической коррекции, полная репозиция достигнута в 52 (69,3%) случаях, неполная репозиция – у 23 (30,7%) пациентов. Из числа неоперированных больных (12) удовлетворительные результаты получены у 7 (58,3%) человек, в 5 (41,7%) случаях результат расценивался как неудовлетворительный.

Заключение. Поэтапное хирургическое вмешательство с учетом доминирующего повреждения, с использованием методов погружного остеосинтеза и аппаратов наружной фиксации обеспечивают стабильную фиксацию отломков и дают хорошее функциональные результаты.

Сафаров А.Х., Сироджов К.Х., Махмадалиев Б.М., Рабиев Х.Х.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результаты хирургического лечения переломов опорно-двигательного аппарата у больных с сочетанной травмой.

Материал и методы исследований. Работа основана на анализе результатов диагностики лечения 81 пациента с сочетанными травмами конечностей за 2015-2020 гг. Из них мужчин было 51 (63%), женщин – 30 (37%). Средний возраст составил $48 \pm 3,4$ лет. В структуре травматизма доминируют дорожно-транспортные происшествия – 43 (53,1%) и падения с высоты – 23 (28,4%).

Для сравнительной оценки результатов лечения переломов больных распределили на 2 группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 49 (60,5%) больных, у которых использовали щадящий малоинвазивный остеосинтез во второй стадии травматической болезни. Во вторую, контрольную, – 32 (39,5%) пациента, остеосинтез им выполнен общеизвестными методами в отсроченном порядке.

Кроме лабораторного тестирования, проведена оценка тяжести сочетанных повреждений по шкалам: AIS (Abbreviated Injury Scale – сокращённая оценка травмы) (1971), TS (trauma score) (1981) и комы Глазго (1974).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показывают, что у иссле-

дуемых группы наблюдаются следующие переломы конечностей: бедра – 31 (38,3%) и 18 (22,2%), голени – 18 (22,2%) и 14 (17,3%) соответственно.

Основной задачей оказания квалифицированной помощи больным в остром периоде является придание стабильности области перелома. С этой целью в основной группе нами использованы стержневые аппараты без предварительной репозиции перелома. Окончательный остеосинтез блокирующим штифтом проводился на 2-3-е сутки после травмы.

В сравниваемой группе остеосинтез выполнен на 7-10-е сутки, были использованы накостный – у 17 (21%) больных, интрамедуллярный штифт – у 11 (13,6%), аппарат наружной фиксации – у 4 (4,9%). Ранняя активизация больных и дозированная нагрузка на конечности у больных основной группы осуществлены на 2-3-е сутки после операции, без дополнительной наружной фиксации. В контрольной группе мобилизация пациента и нагрузка по оси сегмента были возможны только на 20-25-е сутки после остеосинтеза.

В сравниваемых группах наблюдались следующие осложнения: в контрольной группе неправильно сросшийся перелом и деформация сегмента отмечены у 6, ложные

суставы наблюдались у 2 больных. В основной группе наблюдались тромбоз глубоких вен - у 3 пациентов, ложный сустав – у 1 больного.

Заключение. Щадящий малоинвазивный остеосинтез в ранних стадиях травматиче-

ской болезни способствует минимизации ранних осложнений, связанных с синдромом взаимного отягощения, который присущ сочетанной травме, а также обеспечивает более раннюю трудовую реинтеграцию пострадавших.

Сафарова З.Р., Мухамадиева С.М.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Установить медико-социальные особенности беременных, перенесших экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО).

Материал и методы исследований. Проведено ретроспективное исследование 35 историй родов женщин, перенесших ЭКО, и родоразрешенных в ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» в 2019-2022 годах.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составлял 32,3 года. В раннем репродуктивном возрасте (21-25 лет) находились 6/17,1% женщин, в активном (26-34 года) - 20/57,1%, при этом в возрастной группе 26-29 лет их было 11/31,4%, 30-34 года - 9/25,8%; в возрасте 40-49 лет пациенток было 9/25,7%: 40-44 года - 4/11,4%, 45-49 лет - 5/14,2%. Более 60% (23/65,7%) составляли жительницы г. Душанбе, каждая четвертая (8/22,8%) проживала в районах республиканского подчинения, 3/8,6% - в Хатлонской и 1/8% - в Согдийской областях. Среди обследованных женщин первобеременные составляли 17/48,5%, повторнобеременные - 18/51,4%. Из общего количества беременных домохозяек было 27/77,1%, служащих - 8/22,8%; высшее образование имели 6/17,1%; состояли в браке - 100%. Подавляющее количество женщин имели соматическую патологию: анемией страдали 14/40% беременных, заболеваниями мочевыделительной системы - 12/34,2%; реже встречались йоддефицитные состояния (3/8,5%), варикозная болезнь (3/8,5%), ожирение (3/8,5%), пролапс митрального клапана (1/2,8%), тромбофилия (1/2,8%), ангиопатия сетчатки глаз (1/2,8%)

Более половины женщин (20/57,1%), прибегших к ЭКО, имели первичное бесплодие, из которых 8/40% имели проблемы бесплодия в течение 3-5 лет, 11/55% - на протяжении 6-10 лет и 1/5% - в течение 11 лет. Вторичное бесплодие имело место в 15/42,8% случаев: 6/40% - в течение 3-5 лет, 4/26,6% - 6-10 лет, 2/13,3% - 11- 15 лет, 3/20% - более 16 лет. Установлено, что 16/45,7% беременных находились на стационарном лечении в отделении патологии беременных, большая часть которых (7/43,7%) - при сроке гестации 30-35 недель, 5/31,2% - 15-21 неделя, 4/25% - до 12 недель беременности. По поводу угрозы прерывания беременности госпитализированы 10 /62,5% женщин, многоплодной беременности - 9/56,2%, умеренной преэклампсии - 4/25%, у 2/12,5% диагностировано нарушение кровотока. Все пациентки выписаны домой в удовлетворительном состоянии с сохраненной беременностью. У остальных 19/54,2% женщин срочные роды имели место в 15/78,9% случаев, преждевременные – в 4/21,0%. Родоразрешены путем операции кесарево сечение 16/84,2% пациенток, через естественные родовые пути - 3/15,7%. Перинатальные исходы у обследованных женщин были следующие: живорожденные составляли 100%, двойня имела место в 5/26,3% случаев. Из 24 новорожденных с массой 500 г и более родились 2 (8,3%), 1000 – 1999 г - 4 (16,7%), 2300 г - 3/12,5%, 2600 – 2999 г - 6/25%, 3000 – 3999 г - 8/33,3,0%, 4000 г - 1/4,1%. Средняя масса тела новорожденных с двойней составляла 2482 г: 4/40% родились массой 1800 – 1900 г, 4/40% - 2300 – 2990 г, 2/20%. В 1 случае имела место ранняя неонатальная смертность у новорожденного массой 850 г, ростом 32 см. Все родильницы выписаны

домой с новорожденными в удовлетворительном состоянии.

Анализ медицинской документации свидетельствовал о ненадлежащем антенатальном уходе: 17/48,5% беременных после ЭКО не состояли на учете и не наблюдались у акушера-гинеколога в Центрах репродуктивного здоровья, остальные 18/51,4% посетили медицинских работников первичной медико-санитарной службы не более 4-5 раз.

Заключение. Медико-социальный портрет беременных женщин после ЭКО пред-

ставлен городскими жительницами активного репродуктивного возраста, повторно-беременными, страдающими отягощенным гинекологическим анамнезом, длительным стажем первичного бесплодия, имеющими осложненное течение беременности.

Все беременные, прошедшие лечение бесплодия методами ЭКО, должны находиться в группе высокого перинатального риска и нуждаются в индивидуальном подходе при ведении беременности и родов, что будет способствовать благоприятным перинатальным исходам.

Сироджов К.Х., Сафаров А.Х., Сироджода М.С., Махмадалиев Б.Г.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПУТЕМ КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оптимизация диагностики, профилактики осложнений и хирургического лечения сочетанных повреждений конечностей.

Материал и методы исследований. Работа основана на анализе диагностики и хирургического лечения 121 пострадавшего с сочетанной травмой за 2013-2019 гг. Из них мужчин было 78 (64,5%), женщин - 43 (35,5%), средний возраст составляет $54 \pm 3,4$ года. В структуре травматизма преобладали дорожно-транспортные происшествия - 67 (55,4%) и падения с высоты - 32 (26,4%). В структуре сочетанной травмой доминирует черепно-мозговая травма - 99 (81,8%), травма груди - 19 (15,7%), травма органов брюшной полости - 11 (9,1%) случаев.

Для проведения сравнительной оценки полученных результатов лечения больных распределили на 2 группы: в первой, основной, группе (69 набл.) наряду с хирургическим подходом к лечению переломов назначена инфузионная терапия в составе: раствор латрена 0,5 мг/мл по 400 мл в/в, тивортин 4,2% по 100 мл в/в и раствор гипохлорита натрия 0,03% по 200 мл в/в в пред- и послеоперационном периодах. В контрольной группе (52 набл.), комплексный подход к лечению переломов и пострадавших был традиционным. Для оценки тяжести травм была использована шкала AIS (Abbreviated Injury Scale – сокращённая оценка травмы, 1971 г.).

Результаты и их обсуждение. В сравниваемых группах тяжелая градация для жизни

по шкале AIS установлена соответственно у 43 (35,5%) и 27 (22,3%), критическая градация - у 35 (28,9%) и 25 (20,7%) больных. Уровень сознания по шкале комы Глазго в группах соответственно составил 15 баллов у 37 (30,6%) и 31 (25,6%), от 14 до 12 баллов - у 21 (17,3%) и 16 (13,2%) человека, ниже 12 баллов - у 11 (9,1%) и 5 (4,1%) пострадавших.

Липидный обмен изучен у всех пострадавших путём исследования показателей венозной крови. Результаты исследования показывает, что жировая глобулемия II степени выявлена соответственно у 39 (32,2%) и 32 (26,4%) больных, жировая глобулемия III степени была диагностирована у 17 (14%) и 15 (12,3%) пострадавших соответственно. У больных основной группы на фоне патогенетической терапии и малоинвазивного остеосинтеза, который выполнен в ранних сроках, наступил регресс жировой глобулемии на 3-4-е сутки, а в контрольной группе - на 10-14-е сутки послеоперационного периода.

Одним из критериев исхода лечения больных с политравмой является большое количество осложнений, наблюдаемых в остром периоде травматической болезни. Синдром жировой эмболии развился соответственно в 2,9% и 5,8% случаев, который стал причиной летального исхода у 1 больного контрольной группы, венозная недостаточность развилась соответственно - у 1,4% и 7,7%, компартмент синдром отмечен в 1,4% и 5,8% случаев при переломах костей голени.

Заключение. Оптимизированный комплекс патогенетической терапии на фоне адекватного остеосинтеза крупных сегментов

конечности у пациентов с сочетанной травмой способствует профилактике жизнеугрожающих осложнений острого периода.

Файзиев И.Д., Мамаджонов Ш.И., Джураев Б.Л., Якубов Р.М., Асимов О.Д.

ОТДАЛЁННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ COVID-19 И ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СОКБ Г. ХУДЖАНДА

Кафедра стоматологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Согдийская областная клиническая больница, г. Худжанд, РТ

Цель исследований. Изучение проявлений поздних осложнений COVID-19.

Материал и методы исследований. За 2020-2021 годы под нашим наблюдением находились 22 больных с поражением костей и мягких тканей, имеющих в анамнезе заболевание COVID-19 штамма «Дельта». Сроки повторного поступления больных составили от одного до шести месяцев. Возраст больных от 30 до 80 лет, т.е. преимущественно люди среднего и пожилого возраста.

Наряду со сбором анамнеза и жалоб пациентов, данных клинического осмотра, инструментальных методов исследования пациентам были проведены комплексные рентгенологические обследования челюстно-лицевой области и КТ для уточнения локализации патологических изменений костных структур, их распространенности, оценки состояния окружающих мягких тканей для определения наличия сопутствующих осложнений. Все пациенты были консультированы неврологом, офтальмологом, оториноларингологом, кардиологом, сосудистым хирургом и эндокринологом.

Результаты и их обсуждение. В отделении челюстно-лицевой хирургии больные преимущественно поступали с диагнозом: хронический

остеомиелит верхней челюсти, состояние после перенесенного тромбоза ковернозных синусов.

18-и больным была проведена операция гайморотомия, секвестрэктомия, некрэктомия. Во время гайморотомии в 8-и случаях было выявлено плесенообразное поражение слизистой оболочки гайморовой пазухи и окружающих тканей (черная плесень), что свидетельствует об грибковом поражении, т.е. мукормикозе. При мукормикозном поражении летальный исход составил 50%, т.е. из 8-и оперированных 4 больных.

Данные литературы и наши наблюдения свидетельствуют, что причинами возникновения осложнений со стороны челюстно-лицевой области являются нарушение микроциркуляции, т.е., кровоснабжения костей, нерациональное применение лекарственных препаратов: кортикостероидов и антибиотиков, как следствие, присоединение грибковой инфекции - мукормикоза.

Заключение. Постковидные осложнения преимущественно наблюдаются при первично позднем обращении больных, а также при нерациональном использовании лекарственных препаратов, более тяжелое течение наблюдается при присоединении грибковой инфекции.

^{1,2}Файзуллоев Х.Т., ²Мурадов А.М., ^{1,3}Табаров А.И.

ВЛИЯНИЕ ЛЕГКИХ НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

¹ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

³Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследований. Изучить параметры гемостаза в различных бассейнах сосудистого русла (венозной, смешанной венозной и артериальной крови), а также функциональное состояние гипокоагулирующей функции легких (ГФЛ) у больных при сочетанном инфаркте миокарда (ИМ) и ишемическим инсульте (ИИ) в остром периоде.

Материал и методы исследований. Проведены исследования 35 больных с сочетанными ИМ и ИИ, а также 30 здоровых доноров (мужчин - 62,5%, женщин - 37,4%, средний возраст $55,4 \pm 1,4$ лет). Исследована система гемостаза по основным параметрам в бассейнах венозной кубитальной крови (ВКК), смешанной венозной крови (СВК), оттекающей артериальной крови (ОАК). Диагноз был достоверно подтвержден не только клинически, но и по данным ЭКГ, ЭхоКГ и методом компьютерной томографии. Для определения степени тяжести и прогнозирования состояния больных в ОРИТ использовалась балльная шкала АРАСНЕ III. В группе больных ИМ+ИИ состояние оценивалось как средней, тяжелой и крайне тяжелой степеней (1.1; 1.2; 1.3 подгруппы).

Результаты и их обсуждение. Анализ показателей гемостаза у больных ИМ+ИИ по ВСК по Ли-Уайту, АЧТВ, МНО в бассейнах ВКК показал их достоверное снижение различной степени, при сравнении с аналогичными показателями контрольной группы: ВСК по Ли-Уайту на 33,4% ($p=0,005$), на 54,6% ($p<0,001$) и на 60,9% ($p<0,001$); АЧТВ на 36,0% ($p<0,001$), на 48,0% ($p<0,001$) и на 58,4% ($p<0,001$); МНО на 31,6% ($p=0,034$), на 44,6% ($p<0,001$) и на 58,6% ($p<0,001$) соответственно по подгруппам. В ОАК отмечается гипокоагуляция, выражавшаяся достоверным увеличением В-А разницы по показателям по ВСК по Ли-Уайту на 26,7% ($p=0,051$), АЧТВ

на 21,6% ($p<0,001$), МНО на 15,7% ($p=0,048$). В 1.2 подгруппе больных ИМ+ИИ на фоне гиперкоагуляции в бассейне СВК отмечается всего лишь тенденция повышения В-А разницы ВСК по Ли-Уайту на 8,1% ($p=0,613$), АЧТВ на 4,1% ($p=0,145$), снижение МНО на 4,4% ($p=0,455$). В 1.3 подгруппе В-А разница достоверно снизилась в ВСК по Ли-Уайту на 14,6% ($p=0,208$), АЧТВ на 11,4% ($p=0,017$), МНО на 10,0% ($p=0,127$), т.е. функциональное состояние ГФЛ у этой категории больных находится в стадии декомпенсации.

В бассейне ВКК снижается ФАК и повышается количество Д-димеров, по сравнению с контрольной группой, в 1.1 подгруппе на 23,7% ($p<0,001$) и на 127,5% ($p<0,001$), 1.2 подгруппе на 44,7% ($p<0,001$) и на 157,1 ($p<0,001$), в 1.3 подгруппе на 58,3% ($p<0,001$) и на 159,8% ($p<0,001$) соответственно. Анализом фибринолитической активности легких у этих больных установлено, что лёгкие неоднозначно влияли на показатели ФАК: В-А разница в 1.1 подгруппе повышена на 11,6% ($p<0,001$), а по содержанию Д-димеров происходит её снижение на 14,7% ($p<0,001$), т.е. фибринолитическая активность легких функционально компенсирована. У больных с ИМ+ИИ в 1.2 подгруппе на фоне более выраженного истощения фибринолитической активности в бассейнах ВКК, СВК и в ОАК статистическая значимость по этим показателям отсутствует, т.е. фактически функция легких находится в стадии субкомпенсации.

Заключение. Диагностику системы гемостаза у больных с ИМ и ИИ рекомендуется проводить не только по параметрам венозной крови, а также по вено-артериальной разнице для выявления функционального состояния гипокоагулирующей функции легких, объективизации состояния и прогнозирования исходов сочетанной патологии.

^{1,2}Файзуллоев Х.Т., ²Мурадов А.М., ³Бухоризода Б.К.

ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ В РАЗЛИЧНЫХ БАСЕЙНАХ СОСУДИСТОГО РУСЛА ПРИ СОЧЕТАНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

¹ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

³Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить параметры реологии в различных бассейнах сосудистого русла (венозной, смешанной венозной и артериальной крови), а также функциональное состояние гемореологической функции легких (ГРФЛ) у больных при сочетанном инфаркте миокарда (ИМ) и ишемическом инсульте (ИИ) в остром периоде.

Материал и методы исследований. Исследованы 35 больных с сочетанием ИМ и ИИ (мужчин - 62,5%, женщин - 37,4%, средний возраст $55,4 \pm 1,4$ лет). Контрольную группу составили 30 здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту. Исследована система реологии по основным параметрам в бассейнах венозной кубитальной крови (ВКК), смешанной венозной крови (СВК), оттекающей артериальной крови (ОАК).

Для определения степени тяжести и прогнозирования состояния больных в ОРИТ использовалась балльная шкала АРАСНЕ III. В группе больных ИМ+ИИ состояние оценивалось как среднее, тяжелое и крайне тяжелой степеней: 8 (22,8%), 16 (45,7%) и 11 (31,4%) человек соответственно подгруппам 1,1; 1,2; 1,3, что требовало определенного подхода в диагностике и комплексной интенсивной терапии.

Результаты и их обсуждение. В бассейне ВКК, по сравнению с контрольной группой, отмечается повышение содержания Нв, Нт во всех 1,1, 1,2 и 1,3 подгруппах: на 9,4% ($p < 0,001$) и на 9,4% ($p < 0,001$); на 12,8% ($p < 0,001$) и на 12,9% ($p < 0,001$); на 15,2% ($p < 0,001$) и на 15,2% ($p < 0,001$) - соответственно. В бассейне СВК эти значения оказались более повышенными, по сравнению с показателями ВКК, и динамически увеличивались по мере нарастания тяжести при сочетании ИМ+ИИ. Анализ и оценка влияния лёгких на показатели Нв, Нт у этих больных показали, что они фактически не влияли на их содержание в притекающей

крови, так как по А-В разнице статистически значимой разницы не отмечалось. У больных при сочетании ИМ и ИИ происходят выраженные процессы нарушения ГРФЛ, которые имеют взаимозависимые и взаимно отягощающие механизмы. У 20,8% больных со средне тяжелым течением ГРФЛ находится в стадии компенсации; у 41,7% с тяжелым течением - в стадии субкомпенсации; у 37,5% с крайне тяжелым сочетанным поражением - в стадии декомпенсации. В бассейне ВКК, по сравнению с контрольной группой, отмечается: в 1,1 подгруппе повышение содержания фибриногена на 65,6% ($p < 0,001$); в 1,2 подгруппе - на 65,6% ($p < 0,001$), в 1,3 подгруппе - на 64,9% ($p < 0,001$). В бассейне оттекающей от легких ОАК во всех подгруппах у больных с ИМ+ИИ выявлены процессы потребления фибриногена, так как отмечалось снижение его В-А разницы: в 1,1 подгруппе на 7,0% ($p = 0,009$); в 1,2 подгруппе на 11,9% ($p < 0,001$); в 1,3 подгруппе на 15,0% ($p < 0,001$), что указывает на прогрессирующую преципитацию легкими фибриногена и нарастание процессов гиалинизации мембран на фоне развития гиперкоагуляции и микротромбообразования по мере нарастания тяжести патологии.

Заключение. У больных с сочетанным ИМ и ИИ имеются выраженные процессы нарушения ГРФЛ, имеющие взаимозависимые и взаимно отягощающие механизмы: у 5 (20,8%) пациентов в 1,1 подгруппе со средне тяжелым течением ГРФЛ функционально находится в стадии компенсации; в 1,2 подгруппе у 10 (41,7%) больных с тяжелым сочетанным течением процесса ГРФЛ функционально находится в стадии субкомпенсации; в 1,3 подгруппе у 9 (37,5%) больных с крайне тяжелым сочетанным течением ГРФЛ функционально находится в стадии декомпенсации.

Хайридинова Дж., Ахмеджанова Г.А., Муродалиева Б.Ш., Джумаева М.Х.

ПРИЕМЛЕМОСТЬ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДКОЖНОГО ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВОГО КОНТРАЦЕПТИВА «ЛЕВОПЛАНТ» ДЛЯ ЖЕНЩИН ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оценить приемлемость и практическую эффективность подкожного контрацептива левоплант у женщин групп высокого риска.

Материал и методы исследований. Проведено проспективное клинико-лабораторное обследование 150 женщин репродуктивного возраста, которым в 2020 году с целью контрацепции был установлен подкожный имплантат левоплант. Динамика наблюдения – каждые 3 месяца, в течение 24 месяцев. Критерии включения: репродуктивный возраст женщин, добровольное согласие пациенток использовать подкожный имплант левоплант. Критерии исключения: гормонально-зависимые новообразования половой системы, тяжелое заболевание печени, кровотечения из половых путей неясного генеза.

Перед использованием метода всем пациенткам проводилось консультирование о преимуществах и недостатках левопланта, его эффективности, способе введения и удаления контрацептива.

Обследование включало гинекологический осмотр, простую и расширенную кольпоскопию, определение уровня гормонов (ЛГ, ФСГ, прогестерон, эстрадиол, пролактин, ТЗ, Т4, ТТГ) и липидного спектра крови.

Результаты и их обсуждение. В раннем репродуктивном возрасте находились 18% женщин, активном - 60,6%, позднем - 21,4%. Первородящие составляли 5%, повторнородящие - 53%, многорожавшие - 42%. Сельских женщин было 43,3%, городских - 56,6%. Домохозяйки составляли 80%, рабочие и колхозницы - 20% и 30% соответственно. В структуре экстрагенитальной патологии анемия различной степени тяжести имела место в 76% и йоддефицитные состояния – в 79 % случаев; ожирение установлено у 68%, варикозная болезнь – у 42%, патология печени и желчевыводящих путей - у 15% женщин. Воспалительными заболеваниями органов малого таза страдали 89% женщин, патологические изменения шейки матки диагностированы у 71% пациенток. Не использовали в прошлом методы предохранения от нежелательной беременности 31,3% женщин. Среди использовавших: ВМС - 63% случаев, КОК - 9%, Депо-Провера – 12%, презервативы - 16%.

К концу года приема препарата гормональный профиль оставался в пределах нормы, хотя достоверно снижался уро-

вень ФСГ (с $5,86 \pm 0,22$ ММЕ/мл до $4,89 \pm 0,25$ ММЕ/мл), по сравнению с исходными ($6,33 \pm 0,27$ ММЕ/мл), и ЛГ (с $4,24 \pm 0,24$ до $2,80 \pm 0,248$ Мед/л), по сравнению с исходными ($5,89 \pm 0,20$) ($p < 0,05$). Концентрация эстрадиола достоверно снижалась и составляла соответственно $286,3 \pm 0,058 - 267,77 \pm 14,59$ пмоль/л ($p > 0,05$). Уровень прогестерона уже после второй инъекции препарата возрос с $2,34 \pm 0,08$ нмоль/л и к концу исследования составлял $2,80 \pm 0,081$ нмоль/л ($p > 0,01$). Концентрация пролактина колебалась в пределах $243,26 \pm 11,48 - 242,2 \pm 11,36$ ММЕ/л ($p > 0,05$). Концентрация СТЗ периодически менялась и к концу года вернулась на исходные данные ($5,3 \pm 0,4$ пмоль/л), уровень СТ4 также несколько снизился (с $16,3 \pm 1,9$ до $15,2 \pm 1,7$ пмоль/л) ($p \geq 0,01$). Уровень ТТГ в ходе исследований незначительно повысился и составлял $1,4 \pm 0,03 - 1,6 \pm 0,04$ мкМЕ/мл ($p \geq 0,01$). Уровень ХС незначительно колебался и к концу года был на одном уровне с исходными данными ($3,5 \pm 0,03$ ммоль/л) ($p > 0,05$). Незначительно увеличились уровни ЛПНП (с $3,3 \pm 0,2$ до $3,5 \pm 0,2$ ммоль/л и ЛПОНП (с $0,4 \pm 0,03$ до $0,3 \pm 0,03$ ммоль/л, $p > 0,05$). Концентрация ЛПВП осталась на одном уровне на протяжении года использования препарата ($1,5 \pm 0,01$ ммоль/л). Вышеуказанные показатели находились в пределах физиологических.

Среди обследованных женщин с патологическими цитограммами II (40%) и III типов (60%) через 6 месяцев аномальные кольпоскопические картины сохранялись у 75% женщин, через 12 месяцев - у 65%, через 18 – у 45%, через 24 – у 15%. Удобство применения метода отметили 85% пациенток. Продолжали использовать метод 94% обследованных, прекратили 6% из-за нежелательных эффектов (мажущие кровянистые выделения). Беременность не наступила ни у одной женщины.

Заключение. Подкожный имплант левоплант является приемлемым и эффективным методом контрацепции для женщин репродуктивного возраста, страдающих экстрагенитальной патологией, воспалительными заболеваниями органов малого таза и патологическими состояниями шейки матки. Практическая эффективность метода и продолжительность использования левопланта зависят от соблюдения принципов консультирования при каждом визите и компетенции специалиста, прошедшего обучение.

Хакназаров Х.Ш., Абдуллозода М.Ф.,
Рустамзода Х.К., Хакназарова Ф.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Курс трансфузиологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГМЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева
ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”»

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения беременных с преэклампсией путём применения плазмафереза.

Материал и методы исследований. За 2017-2022 годы нами пролечено 36 женщин в возрасте от 24 до 37 лет, средний возраст составил 31 год. Всем женщинам с установленным диагнозом преэклампсии плазмаферез (ПФ) проводили во время беременности. Частота проведения курсов ПФ определялась динамикой лабораторных показателей. ПФ проводился в дискретном режиме. Курс составлял один сеанс с интервалом в 2 - 3 месяца. За сеанс удалялось 300-350 мл плазмы. Замещение удаляемой плазмы проводилось только 0,9% раствором NaCl. Лечение проводилось под контролем тех лабораторных тестов, которые у данного пациента наиболее информативно выявляли нарушения гемостаза. У всех женщин беременность была пролонгирована до доношенного срока и закончилась родами.

Методика проведения плазмафереза заключалась в следующем: в асептических условиях после маркировки гемоконтейнера обрабатывается локтевая вена и заполняется мешок цельной кровью. Через другую локтевую вену переливается раствор натрия хлор 0,9% - 400,0 мл + гепарин 5 т. ед. через систему для переливания крови и одновременно цельную консервированную кровь помещаем в рефрижераторную центрифугу с 2000 оборотов минуту в течение 12 минут. По истечению времени вынимается контейнер с отделённой плазмой от эритроцитов и с помощью плазмоекс-трактора плазма вместе с тромбоцитами и лейкоцитами удаляется и перемещается в другой пакет, в эритроцитарную массу добавляется ресуспендирующий раствор, который находится в другом добавочном мешке.

После переливания раствора натрия хлора 0,9% - 400,0 мл + гепарин 5 т. ед.

устно проверяются паспортные данные аутоэритроцитарной взвеси и подключается к системе. Через 2-3 месяца процедура повторяется, каждый курс лечения состоит от одной процедуры.

Результаты и их обсуждение. Предложенный способ внедрён с 2017 году в трансфузионном кабинете ГУ ГМЦ № 2 имени академика К.Т. Таджиева и родильном доме Медицинского комплекса «Истиклол», он применялся во время беременности. Более того, курсы плазмафереза у 36 женщин с преэклампсией на фоне аутоиммунной патологии способствовали купированию синдрома гиперкоагуляции со снижением уровня фибриногена на 15%, нормализацией протромбинового индекса и АЧТВ на 12% и 20%, активированного тромбинового времени и снижением степени агрегации тромбоцитов на 25%, уменьшением содержания ЦИК на 23%, в то время как в группе сравнения у 35 женщин с традиционной медикаментозной терапией наблюдалась лишь тенденция к нормализации этих показателей.

Данный способ является наиболее эффективным из всех существующих методов лечения преэклампсии беременности. Техника выполнения лечебного плазмафереза несложная, её можно применять в любом трансфузиологическом кабинете, оснащённом трансфузиологической аппаратурой.

Эффективность разработанного способа у больных оценивалась на основании сравнения традиционного лечения больных с преэклампсией беременности и использования лечебного плазмафереза.

Заключение. Таким образом, комплексное применение этапного плазмафереза, малых доз низкомолекулярных гепаринов и дезагрегантов достаточно простой и наиболее эффективный метод, позволяет успешно пролонгировать беременность до доношенного срока у женщин с подтверждённым диагнозом преэклампсия.

Халифаев У.Р., Хамидов Д.Б., Касимов З.К.,
Холназаров Ш.Э., Саидов Д.Х.

ОКСИДАНТНЫЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение состояния липидов у больных с абдоминальным сепсисом.

Материал и методы исследований. Обследовано 36 больных с абдоминальным сепсисом различной этиологии, лечившихся в реанимационном отделении Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе. Из них мужчин было 21 (58,3%), женщин – 15 (41,7%).

Причиной абдоминального сепсиса в 11(30,6%) случаях был острый деструктивный панкреатит, в 7(19,4%) - острый деструктивный холецистит, в 4 (11,1%) наблюдениях - язвы желудочно-кишечного тракта, в 6 (16,7%) - острая кишечная непроходимость и в 8 (22,2%) - острый деструктивный аппендицит.

Все больные с абдоминальным сепсисом разделены на две группы по изменённой Чикагской (1991) классификации на третьем Международном консенсусе (2014) по сепсису. В первую группу вошли 27 (75) больных с абдоминальным сепсисом. Во вторую - 9 больных с абдоминальным сепсисом, осложнённым септическим шоком.

Оксидантный статус изучен путем исследования уровней малонового диальдегида

(МДА) по методу И.Д. Стальной, Т.Г. Гаришвили (1977), диеновых конъюгатов по И.Д. Стальной (1977), показателей антиоксидантной защиты организма АОЗ - супероксиддисмутазы (СОД) - по методу М.И. Карлюка и соавт. (1988).

Результаты и их обсуждение. Результаты наших исследований показали, что у больных с абдоминальным сепсисом отмечается повышение уровней показателей ПОЛ: малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК) соответственно на 25,8% и 20,8%, при этом уровень маркера антиоксидантной защиты организма - супероксиддисмутазы (СОД) - уменьшился на 25,3%, по сравнению с результатами контрольной группы (доноров).

У больных с септическим шоком отмечается нарастание показателей перекисного окисления липидов - МДА на 44,6% и ДК на 33,3%, при этом отмечается еще большее снижение показателя АОЗ - супероксиддисмутазы на 40,7%, по сравнению с результатами контрольной группы.

Заключение. У больных с абдоминальным сепсисом имеет место оксидантный стресс, который более выражен у больных с септическим шоком.

Ходиев Ш.И., Бояков Ё.Д., Мирзоолимов Ш.А., Басиров У.К.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЛИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов лапароскопических операций солитарных кист печени.

Материал и методы исследований. В период с 2012 по 2022 в хирургическом отделении Хатлонской областной клинической больницы было оперировано 12 больных с солитарными кистами печени с исполь-

зованием лапароскопической технологии. Среди них женщин – 11, мужчин – 1. Возраст больных от 35 до 67 лет.

Больным до операции была проведена соответствующая предоперационная подготовка с использованием дополнительных методов исследования: УЗИ, ФГДС, Р-графия грудной клетки и КТ.

Результаты и их обсуждение. Совершенствование навыков лапароскопической техники с использованием современного лапароскопического оборудования, широкого спектра методов гемостаза и диссекции паренхимы печени позволили значительно расширить возможности лапароскопической хирургии в лечении очаговых образований печени. Согласно обобщенным данным, частота встречаемости кист печени составляет около 0,9% от численности населения. Отмечается тенденция к увеличению числа больных с непаразитарными кистами печени.

Всем больным были проведены оперативные вмешательства с использованием лапароскопа. Солитарные кисты располагались в правом (8) и левом (3) отделах печени. Размер кист от 6,0 × 7,0 до 8,0 × 10,0 см. У четверых больных до операции по данным УЗИ диагностирована эхинококковая киста. В результате операции оказались солитарные кисты печени.

У 6 больных была проведена лапароскопическая фенестрация с электрокоагуляцией

остаточной полости, 4 больным, учитывая глубокую полость кисты, в паренхиме печени после фенестрации операция завершалась обработкой этанолом 96%. В двух случаях отмечалось нагноение кист. Характер жидкости был светлый, геморрагический и гнойный. Все операции завершались дренированием полости кист. Среди оперированных в одном случае имелась ложная киста, остальные были истинными. Послеоперационный период у всех больных протекало гладко, больные рано активизировались, мало использовали обезболивающие и другие лекарства.

Дренажные трубки из полости кист были удалены под контролем УЗИ на 3-4 сутки после операции, кроме двоих с нагноением кист. Больные на 3-4 сутки после операции были выписаны домой.

Заключение. Применение лапароскопических операций у больных с солитарными кистами печени является более эффективным методом лечения ввиду малой травматичности и быстрого восстановительного периода.

Шамсидинов Б.Н., Касиров И.М., Бегов А.А., Тагаймурадова Ш.Ф.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЛОР-ОПЕРАЦИЯХ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эффективность применения низкочастотного гелий-неонового лазера в комплексной терапии в послеоперационном периоде при некоторых оперативных вмешательствах на ЛОР-органах.

Материал и методы исследований. Нами исследованы 73 пациента в возрасте от 5 до 36 лет, дети до 14 лет – 41 (мальчики – 23, девочки – 18); взрослые – 32 (мужчины – 19, женщины – 13). Среди детей: после удаления папилломатоза гортани было 25 человек, после удаления врожденных свищей околоушной области – 7, после удаления врожденных дермоидных кист спинки носа – 4, после тонзиллэктомии – 5; среди взрослых: после тонзиллэктомии – 18, после полипотомии из носа – 8, после удаления ринофимы носа – 2, удаления атеромы мочки уха – 4.

Лазеротерапию в комплексной терапии

применяли в послеоперационном периоде в качестве физиотерапевтического метода лечения, обеспечивающего мягкое тепловое воздействие, в основном использовали длину волны 632,8 нм в красном диапазоне видимого спектра, выходные мощности от 0,5 до 35 мВт. Низкочастотный гелий-неоновый лазер применялся с целью повышения иммунной активности, усиления микроциркуляции и улучшения процессов регенерации, процедура выполнялась в утреннее время по 1-2 раза в день, начиная со вторых суток после хирургического вмешательства, длительностью по 30 секунд на расстоянии 5 см от раневой поверхности.

Результаты и их обсуждение. Применение лазерной терапии после хирургического вмешательства позволило ускорить эпителизацию послеоперационной раны, уменьшить отек. Мы использовали следующий алгоритм

лечения: первые 3-4 сеанса лазерной терапии осуществляли в стационарных условиях, последующие сеансы при необходимости в амбулаторных. С целью профилактики рецидива папилломатоза гортани у детей курс лазеротерапии проводили с интервалом раз в 3 месяца.

По характеру раневой послеоперационной поверхности у больных после удаления папилломатоза гортани, тонзиллэктомии, полипотомии из носа на 2 сутки появлялся реактивный отек и кровоизлияние в зоне вмешательства, нарастающие к 3 суткам после операции, с появлением фибриновой пленки на послеоперационной поверхности. К 4-5 суткам реактивные воспалительные явления на фоне проводимой лазерной терапии уменьшались, оставалась небольшая пастозность в области голосовых складок, тонзиллярные ниши слизистой оболочки полости носа, послеоперационное поле очищалось от фибрина. У детей с папилломатозом гортани исчезали жалобы на кашель и одышку. У больных после полипотомии из носа дыхание через нос полностью восстанавливалось. У пациентов после тонзиллэктомии глотание становилось свободным и безболезненным. У пациентов после удаления свищей околоушной области и спинки носа, атеромы мочки

уха на 3-и сутки отек и болезненность послеоперационной раны заметно уменьшались. У больных после удаления ринофимы из-за широкой раневой поверхности образование удалено с применением коагулятора, с уменьшением реактивного отека, образование фибринозного налета появилось на 5-е сутки, образование послеоперационного струпа произошло на 7-е сутки. Пациентов выписывали из стационара на 3 - 5-й дни после хирургического вмешательства с дальнейшим амбулаторным контролем. По сравнению с больными, которым проводилась традиционная послеоперационная терапия, течение послеоперационного периода у исследуемых нами больных было более благоприятным, симптомы заболевания исчезали в ближайшие сутки после операции, по мере восстановления функционального состояния оперированного органа.

При контрольных осмотрах через месяц состояние больных было вполне удовлетворительным. Жалоб не предъявляли.

Заключение. Предложенный способ лазеротерапии в комплексной терапии в послеоперационном периоде при проведении некоторых ЛОР-операций, по сравнению с традиционными методами, является более эффективным и заслуживает внимания.

¹Шамсидинов Б.Н., ²Гаффарова М.А., ¹Касиров И.М., ¹Мухторова П.Р.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

¹Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Многопрофильный медицинский центр сеть медицинских клиник "Добромед", Москва, Российская Федерация

Цель исследования. Выявление нарушений в системе клеточного и гуморального иммунного ответа для выработки стратегии лечения, проведения реабилитационных и профилактических мероприятий.

Материал и методы исследований. Иммунный статус изучен у 30 пациентов (мужчины - 18, женщины - 12) в возрасте от 24 до 45 лет. В возрасте от 24 до 34 лет было 12 (40%) пациентов (мужчин - 7, женщин - 5) и от 35 до 45 лет - 18 (60%) больных (мужчин - 11, женщин - 7).

Материалом для иммунологического исследования служила кровь, которую исследо-

вали до и после лечения. Оценка показателей Т-клеточного звена иммунитета проводилась с подсчетом лейкоцитарной формулы, оценкой относительного и абсолютного содержания субпопуляционного состава Т-лимфоцитов. Гуморальные показатели иммунитета исследовали методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини с анализом концентраций в периферической крови IgG, IgA, IgM.

Результаты и их обсуждение. Анализ клеточного звена иммунитета показал достоверное снижение абсолютного и относительного числа CD3+, CD4+ и CD8+-лим-

фоцитов, что привело к понижению ИРИ (иммунорегуляторный индекс). Так, среднее значение CD3+лимфоцитов у 8 пациентов I группы с полипозными риносинуситами в возрасте от 24 до 34 лет равнялось $68,2 \pm 2,1\%$ и $2,3 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$), а у 13 пациентов II группы в возрасте от 35 до 45 лет - $69,7 \pm 2,4\%$ и $2,0 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$) и лишь у 4 пациентов I группы и 5 пациентов II группы эти показатели были в пределах $74,2 \pm 2,2\%$ и $2,5 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ соответственно. Процентное и абсолютное содержание CD4+лимфоцитов у 10 пациентов I группы было - $39,5 \pm 2,0\%$ и $1,8 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$) и у 15 пациентов II группы составило - $43,3 \pm 2,1\%$ и $2,3 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$, что было значимо ниже, по сравнению с нормальными показателями. Наряду со снижением содержания CD4+клеток наблюдалось достоверное уменьшение количества CD8+лимфоцитов. Содержание относительного количества CD8+лимфоцитов у 8 пациентов I группы равнялось $27,3 \pm 0,8\%$ и $1,0 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$), а у 9 пациентов II группы - $26,7 \pm 1,1\%$ и $1,0 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$), по сравнению с нормой. Соотношение CD4/CD8 у 10 пациентов обеих групп с полипозными риносинуситами равнялось 1,3-1,4, что свидетельствовало о наличии клеточной формы иммунодефицита. Имело место достоверное повышение уровня относительного и абсолютного количества (CD16+) у пациентов I группы ($15,5 \pm 1,1\%$ и $0,33 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$)) и II группы ($18,4 \pm 1,3\%$ и $0,34 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$)), увеличение процентного и абсолютного содержания CD19+лимфоцитов у 11 пациентов I группы составило $23,8 \pm 1,3\%$ и $0,71 \pm 0,06 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$), а у 13 пациентов II

группы составило $20,2 \pm 1,3\%$ ($p < 0,05$) и абсолютного - $0,69 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$) пациентов, по сравнению с нормой.

Также выявлялось более низкое содержание IgA у пациентов обеих групп соответственно $1,09 \pm 0,12 \text{ г/л}$ и $1,07 \pm 0,10 \text{ г/л}$ ($p < 0,05$), более низкое содержание IgM у пациентов I группы - $0,92 \pm 0,07 \text{ г/л}$ ($p < 0,05$) и II группы ($1,12 \pm 0,05 \text{ г/л}$, $p < 0,05$), по сравнению с нормой - $1,16 \pm 0,03 \text{ г/л}$. Средняя концентрация IgG была снижена у пациентов обеих групп, соответственно равнялась $7,60 \pm 0,4 \text{ г/л}$, $p < 0,05$ и $8,80 \pm 0,5 \text{ г/л}$, $p < 0,05$, в норме - $10,1 \pm 0,6 \text{ г/л}$.

Таким образом, анализ субпопуляционного состава лимфоцитов показал, что почти у 60% больных с полипозными риносинуситами наблюдались признаки иммунодефицита (дисбаланс иммунологических показателей), что требовало в комплексной терапии в послеоперационном периоде назначения иммуномодулирующих препаратов.

После лечения отмечено достоверное повышение сниженных показателей CD3+, CD4+, CD8+клеток на фоне снижения содержания CD16+ и CD19+лимфоцитов, также способствовало повышению уровня Ig A, M и G.

Заключение. Сложности клинических проявлений у больных с полипозными риносинуситами, по всей видимости, еще является следствием ослабления механизмов иммунобиологической регуляции, что наблюдалось при часто рецидивирующей форме патологии и, соответственно, требуется выработка стратегии лечения, назначения в комплексной терапии иммуностимулирующих препаратов и проведения профилактических мероприятий.

Шамсидинов Б.Н., Олимов Т.Х., Шайдоев С.С., Касиров И.М.

СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ СЕПТОПЛАСТИКЕ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценка эффективности метода устранения интраоперационного повреждения слизистой оболочки носовой перегородки путём накладывания и фиксации сплинта из обычной рентгеновской плёнки.

Материал и методы исследований. Нами исследовано 1089 пациентов по по-

воду искривления носовой перегородки различной степени выраженности: из них мужчин - 715 (65,7%), женщин - 374 (34,3%). Ограниченные субатрофические явления или истончение слизистой оболочки носовой перегородки на наиболее выпуклом его деформированном участке обнаружены у 103 (9,5%) пациентов, что создавало

вероятный риск интраоперационного разрыва слизистой оболочки.

Всем больным в период пребывания в стационаре проведены общеклинические, оториноларингологические и рентгенологические методы исследования.

Основные причины повреждения слизистой оболочки носовой перегородки, прежде всего, зависели от состояния самой слизистой оболочки, степени выраженности искривления перегородки, степени интраоперационного кровотечения, дачи наркоза, технического оснащения и опыта оперирующего хирурга.

Эффективность проведённого лечения оценивалась клинически после стойкого восстановления целостности носовой перегородки и её физиологического состояния.

Результаты и их обсуждение. Повреждения слизистой оболочки носовой перегородки после удаления грубых костных сегментов было зарегистрировано у 58 пациентов: интраоперационный односторонний разрыв слизистой оболочки отмечался у 31 (30,1%) больного, у 17 (16,5%) пациентов произошел двухсторонний разрыв слизистой оболочки.

С целью профилактики возникновения послеоперационного дефекта, устранения

интраоперационного разрыва этим больным проводилось перемещение сохранившейся костно-хрящевой основы (перпендикулярная пластинка решётчатой кости) или установление гомохрящевых трансплантатов соответственно размерам дефекта и натягивания слизистой оболочки, также последующая правильная и надёжная фиксация капроновыми швами с применением сплинта из обычной рентгеновской плёнки.

Прототипом исследования служила группа больных, которым проводилась обычная тампонада, после удаления которой прилипший тампон к поврежденной слизистой приводил к ее отторжению и в последующем к возникновению послеоперационной перфорации носовой перегородки.

Заключение. Использование костно-хрящевой основы или гомохрящевых трансплантатов с их фиксацией с применением сплинта из обычной рентгеновской плёнки при интраоперационном повреждении слизистой оболочки носовой перегородки оказалось эффективным во всех случаях, позволило избежать послеоперационной перфорации и рекомендуется для широкого применения в практике.

^{1,2}Шокиров Т.М., ³Мурадов А.М., ⁴Нозиров Дж.Х.,

^{1,3}Шумилина О.В., ⁴Нозиров А.Дж.

ГИПОКОАГУЛИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹ГУ ГНЦРиД УЗ г. Душанбе

²Кардиологическое отделение ЦГБ г. Вахдата

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

⁴Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить гипokoагулирующую функцию легких (ГФЛ) у пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек (ТсХБП), осложнённой хронической сердечной недостаточностью (ХСН), в сравнительном аспекте.

Материал и методы исследований. Всего обследовано 100 больных ТсХБП, осложнённой ХСН (60 - 60,0% мужчин и 40 - 40,0% женщин), получивших лечение в ГУ

«Городской научный центр реанимации и детоксикации», отделении нефрологии ГКБ №2 и кардиологии ЦГБ г. Вахдата в 2014 - 2018 гг.

Больные были распределены на 3 основные группы: 1 группа - 19 (19%), 2 группа - 54 (54%) и 3 группа - 27 (27%) больных, которые сравнивались с контрольной группой (КГ) из 30 практически здоровых добровольцев. Для рандомизации групп

были использованы классификации ХБП: NKF-K/DOQI (2012), ХСН по NYHA (2008) и Европейские рекомендации (2012, 2016), в основу которых заложены параметры фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ).

Также использованы общеклинические, лабораторно-биохимические, функциональные и статистические методы исследования.

Оценка гипокоагуляционной функции легких (ГФЛ) (время свертывания крови (ВСК) по Ли-Уайту, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), агрегация тромбоцитов (Тр), концентрация фибриногена (Фб), антитромбин (АТ) III, фибринолитическая активность цельной крови (ФАЦК), содержание D-димера, международное нормализованное отношение (МНО)) осуществлялась по венозно-артериальной (В-А) разнице.

Результаты и их обсуждение. Исследование В-А разницы смешанной венозной крови (СВК) и оттекающей артериальной крови (ОАК) у больных 1 группы (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 30 мл/мин, ФВ ЛЖ > 50) показало, что артериальная кровь (АК), оттекающая от легких, гипокоагулируется, но по сравнению с КГ ее потенциал снижен на 50-60%. Выявлено, что В-А разница показателей коагуляции увеличилась по: ВСК по Ли-Уайту на 30,6% ($p < 0,001$); АЧТВ - на 25,3% ($p < 0,001$); МНО - на 28,6% ($p < 0,05$); содержанию Тр - на 12,0%. При этом отмечается преципитация легкими Фб и уменьшение его концентрации в ОАК на 19,2% ($p < 0,001$). Показатели В-А разницы по АТ III и ФАЦК оказались повышенными на 18,7% ($p < 0,001$) и 20,6% ($p < 0,05$) соответственно. Несмотря на повышение в СВК концентрации продуктов деградации фибрина (ПДФ) и Фб в 2 раза, в АК их становится меньше, а В-А разница по Д-димеру достоверно уменьшилась на 20,1% ($p < 0,001$).

Анализ ГФЛ у больных 2 группы (СКФ < 30 мл/мин, ФВ ЛЖ 40-49%) показал, что ОАК от легких фактически не гипокоагулируется. В-А разница показателей коагуляции не имела достоверной статистической разницы: параметры ВСК по Ли-Уайту снизились на 1,8%; АЧТВ - на 4,5%; МНО - на 2,8%. Также отмечено достоверное снижение количества Тр на 8,9% ($p < 0,05$), что указывает на их потребление с развитием синдрома дисиминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) в микроциркуляторном русле легких. Обнаруживаются выраженные процессы

преципитации, т.е. потребления легкими Фб и, как следствие, уменьшение его концентрации в ОАК на 19,3% ($p < 0,001$). Отмечена статистически достоверная В-А разница по показателям АТ III и ФАЦК, которые оказались сниженными на 2,8% и 3,3% соответственно. Выявлено достоверное повышение ПДФ в СВК и ОАК в общей системе циркуляции крови и недостоверное повышение Д-димера (на 1,0%) в ОАК от легких.

Подобный анализ, проведенный среди больных 3 группы (СКФ < 30 мл/мин, ФВ ЛЖ < 40%), показал, что ОАК от легких гиперкоагулируется и её потенциал значительно нарушен. В-А разница по показателям коагуляции снижена по: ВСК по Ли-Уайту на 24,0% ($p < 0,001$); АЧТВ на 34,2% ($p < 0,001$); МНО на 23,9% ($p < 0,001$). Параллельно отмечается нарастание процессов ДВС-синдрома, так как усиливаются процессы преципитации легкими Фб и Тр, их количество снижено в ОАК на 19,4% ($p < 0,001$) и 22,4% ($p < 0,05$) соответственно. В то же время имеется повышение в СВК и ОАК количества Д-димера на фоне выраженного уменьшения активности антисвертывания и фибринолиза, свидетельствующие о наличии выраженного ДВС-синдрома в стадии гиперкоагуляции и коагулопатии потребления. При этом В-А разница достоверно увеличилась по количеству Д-димера на 11,7% ($p < 0,05$), снизилась по АТ III на 11,9% ($p < 0,001$), ФАЦК - на 24,2% ($p < 0,05$), что указывает на декомпенсацию этих звеньев системы гемостаза не только в крови, но и в легких.

Заключение. Таким образом, результаты исследования показали, что у больных 1 группы с ТсХБП, осложненной ХСН, легкие функционально выполняют присущую им гипокоагулирующую функцию, но она снижена, по сравнению с КГ, и функционально находится в стадии компенсации. У больных 2 группы она находится в стадии субкомпенсации с начальными признаками развития локального ДВС-синдрома, а у 3 группы больных - в стадии декомпенсации с проявлениями локального ДВС-синдрома с коагулопатией потребления. Все это свидетельствует о том, что ГФЛ зависит не только от степени поражения почек, но и от многих других функций легких и факторов, в первую очередь от тяжести сердечной недостаточности, в частности ФВ ЛЖ. Выше изложенные моменты нужно учитывать при планировании лечения этих пациентов.

Юлдошев З.Ш., Муллоджанов Г.Э.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭМАЛЕВОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение эмали резистентности постоянных зубов в ключевых возрастных группах детского контингента населения.

Материал и методы исследований. Для выполнения поставленной цели обследовали состояние кариесологического статуса школьников в ключевых возрастных группах (6, 9, 12 и 15 лет). В проведенном клиническом исследовании приняли участие 90 детей, среди которых проведено стандартное стоматологическое обследование. Абсолютное количество обследованных детей в этих возрастных группах составило соответственно 22, 24, 22 и 22 человек. Перед исследованием всем детям провели полную профессиональную гигиеническую обработку полости рта, организовали беседы со школьниками, их родителями и преподавателями о факторах риска возникновения кариозной болезни. Детей мотивировали к качественной гигиене рта, снятию зубных отложений и коррекции освоения гигиенических навыков. Оценку состояния эмали зубов проводили при помощи теста эмали резистентности по методу В.Р. Окушко с соавт.

Для оценки интенсивности окрашивания эмали поверхности применяли 10-балльную оттеночную типографическую шкалу интенсивности синего цвета. При интенсивности окрашивания 1-3 балла обследованных детей относили к I группе (с высокой эмали резистентностью), 4-5 баллов – ко II (с умеренной эмали резистентностью), 6-7 баллов – к III (с низкой эмали резистентностью), а более 8 баллов – к IV группе с очень низкой эмали резистентностью, что указывает на максимальный риск заболевания кариесом.

Результаты и их обсуждение. При исследовании уровня эмали резистентности было установлено, что в 6-летнем

возрасте у 3 (13,6%) детей выявлен высокий уровень данного показателя, у 5 (22,7%) из них – умеренный уровень резистентности. В данном возрасте низкий и очень низкий уровни эмали резистентности были зарегистрированы соответственно у 8 (36,4%) и 6 (27,3%) обследованных детей. Следует отметить, что у 6-летних детей больше трети обследованных (36,4%) имели высокий и умеренный уровни кариесрезистентности, у большинства детей (63,6%) определяли низкий и очень низкий уровни резистентности эмали органа.

При использовании теста эмали резистентности у 9-летних школьников выявлено, что из 24 обследованных школьников у 5 (20,8%) установлен высокий уровень кариесрезистентности эмали зубов. У большинства обследованных детей указанного возраста определена умеренная (29,2%) и низкая (33,3%) устойчивость зубов к кислотному воздействию.

В зависимости от уровня эмали резистентности детей в возрасте 12 лет разделили на 4 группы: лица с высоким (31,8%), умеренным (22,7%), низким (36,4%) и очень низким (9,1%) уровнями устойчивости зубов к протравливающим агентам (по 7, 5, 8 и 2 ребенка соответственно). Распределение данного показателя у 15-летних подростков составило соответственно 40,9% (9 детей), 22,7% (5 детей), 31,8% (7 детей) и 4,6% (1 ребенок).

Заключение. Изучение эмали резистентности у детей имеет, прежде всего, диагностическое и прогностическое значение для выявления вероятности развития кариесогенной ситуации. Данные о снижении эмали резистентности свидетельствуют о целесообразности назначения детям как экзо-, так и эндогенной профилактики кариеса зубов сразу же после их прорезывания.

Юсупова З.Х., Артыкова Н.К., Исмоилов Ф.Н.

СТЕПЕНЬ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ ПРОТЕЗОВ ИЗ АКРИЛАТОВ И ПОЛИУРЕТАНА

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Определить степень микробной контаминации протезов из акрилатов и полиуретана.

Материал и методы исследований. В клинической части исследования из съемных протезов добровольцев, которые готовились к перебазировке, проводили спил фрагмента, который подвергался повторному исследованию на адгезию микробов (после получения информированного согласия пациента). Для проведения данного исследования использовались образцы (пластины размером 1×1 см) полимерных пластмасс для производства съемных зубных протезов на основе полиуретана и акрила. Эти исследования выполнены через 6 мес., 1 и 2 года. Для постановки адгезии использовали те же штаммы пародонтопатогенных видов.

Кроме того, проводили электронно-микроскопическое исследование, которое позволяло оценить степень деструкции материала протеза в указанные сроки. Предварительно образцы фиксировались 10% раствором нейтрального формалина, традиционное для СЭМ обезвоживание спиртами или ацетоном не проводилось, что позволило сохранить нативную структуру образцов, в том числе и экзоклеточный матрикс биопленок.

Результаты и их обсуждение. Спектр материалов, используемых как для частичных, так и для полных съемных протезов, а также материалов, используемых для перебазировки, за последнее десятилетие вырос, однако значительная часть ортопедических конструкций по-прежнему изготавливается из акриловых пластмасс, что связано с рядом существенных преимуществ, среди которых можно отметить относительную дешевизну базиса съемного протеза, высокую устойчивость к агрессивной среде полости рта, простоту изготовления, а также возможность починки данных протезов и проведение перебазировки. При ортопедическом лечении после хирургической подготовки пациента (множественное удаление зубов, коррекция альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти, изготовление имediat протезов,

замещение дефектов челюсти и лицевого скелета при онкологических заболеваниях). Развитие медицинских технологий в последние десятилетия, замещение дефектов зубных рядов с применением съемных конструкций при частичной и полной вторичной адентии остается актуальным.

Изучены результаты адгезии бактерий и грибов *in vitro* для отдельных ортопедических пластмасс в процессе эксплуатации в течение 1–3 лет. Измерения фоновых индексов адгезии к свежизготовленным образцам базисных пластмасс проводили в серии экспериментов с образцами, полученными из протезов, бывших в употреблении.

Установлено, что степень прилипания бактерий, которую характеризует индекс адгезии, различна у разных видов. У одного из стабилизирующих видов стрептококков – *Streptococcus sanguinis* – индекс адгезии оказался примерно в 2 раза выше (0,8), чем у другого – *Streptococcus salivarius* (0,4). Высокий индекс адгезии отмечен также и у пародонтопатогенного вида – *Porphyromonas gingivalis* (до 0,8) и дрожжевых грибов *Candida albicans* (0,6).

При исследовании образцов протезов, находившихся в эксплуатации от 2 до 5 лет, установлено существенное увеличение адгезивной способности микроорганизмов. Представители практически всех видов давали высокие показатели адгезии в пределах 0,8–0,9. Наиболее выражена была адгезия представителей *Streptococcus sanguinis*, *Porphyromonas gingivalis* и дрожжевых грибов *Candida albicans*, причем, если адгезия первых двух видов увеличилась на 10–15%, то дрожжевых грибов – на 25%, по сравнению с данными, полученными через 1 год эксплуатации протезов. До 0,78 и 0,8 увеличился индекс адгезии *Streptococcus salivarius* и *Fusobacterium nucleatum* (приблизительно на 20%).

Заключение. Степень микробной контаминации протезов из традиционно используемых материалов (акрилатов и полиуретана) существенно возрастает в течение первых трех лет эксплуатации, о чем свидетельствует как повышение индексов адгезии до максимальных значений (0,8–0,9), так и ранее полученные

нами данные о колонизации протезов в процессе их эксплуатации. Применение сканирующей электронной микроскопии позволяет

выявить очаги деструкции поверхности конструкционных материалов в местах обильного формирования микробных биопленок.

Юсупова З.Х., Артыкова Н.К., Назарова М.З.

ДВУХСЛОЙНЫЕ БАЗИСНЫЕ ЭЛАСТИЧНЫЕ ПОДКЛАДОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Оценка постоянной перебазиrowки полных и частичных съёмных протезов с применением нового постоянного эластичного подкладочного материала.

Материал и методы исследований. Одним из современных высокоэффективных мягких материалов для холодной полимеризации на силиконовой основе для проведения эластичной перебазиrowки является UFI гель СЦ, а также его разновидность UFI гель П.

Нами в зуботехнических лабораториях медицинских учреждений была произведена постоянная перебазиrowка зубных протезов у 27 пациентов (12 мужчин и 15 женщин) в возрасте 30-65 лет, при изготовлении 14 частичных и 23 полных съёмных протезов.

Показания к применению: постоянная перебазиrowка полных и частичных съёмных протезов с изготовлением постоянной эластичной подкладки; с целью устранения мест сдавления; для перекрытия А-линии; при подвижном гребне и затрудненной фиксации протеза; для перекрытия острых краев альвеолярных отростков; а также для поддержки процессов заживления в имплантологии.

Результаты и их обсуждение. По данным литературы, до 98% пластиночных протезов в мире изготавливается из акриловых пластмасс. Наряду с этим широко известно о серьёзных недостатках акриловых пластмасс. Это недостаточная прочность при статическом изгибе, низкая удельная ударная вязкость, что приводит к частым поломкам протезов. Сле-

дует отметить, что акриловые пластмассы имеют довольно большую усадку (6-8%), что может выражаться в несоответствии внутренней поверхности базиса протеза и протезного ложа. Только тщательное соблюдение технологии полимеризации может снизить процент усадки до 1,5%. Кроме того, большой проблемой является наличие остаточного мономера, который оказывает негативное влияние на ткани протезного ложа и организма в целом. Другой клинической проблемой является протезирование при значительной атрофии альвеолярного отростка челюстей.

Полученные результаты показали, что новые материалы UFI гель СЦ и UFI гель П обладают следующими преимуществами: являются силиконом для проведения перебазиrowок высокого качества, можно провести полную перебазиrowку в кресле стоматолога в одно посещение, на длительное время остаются мягкими, имеют адгезив для надежного связывания силикона и протеза, в зуботехнической лаборатории меньше рабочих этапов в сравнении с другими материалами холодной полимеризации, биосовместимы (не содержит метилметакрилата).

Заключение. Таким образом, применение этих мягких подкладочных материалов показало, что они обладают нейтральным вкусом и запахом, имеют стабильный цвет и эстетичность, возможно простое и быстрое применение при прямых и непрямых перебазиrowках, обладают отличной адаптацией для точной посадки протеза, а также являются стойкими к обычным чистящим средствам для протезов.

Юсупова З.Х., Артыкова Н.К., Назарова М.З.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ С НЕСЪЁМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАГНИТНО-ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить влияние магнитно-лазерной терапии при комплексном лечении герпетической инфекции у лиц с несъёмными протезами.

Материал и методы исследований. Нами было обследовано две группы больных, имеющих несъёмные зубные протезы, с подтвержденным диагнозом герпетической инфекции в стадии обострения. Первую группу составили 23 человека, которые в ходе лечения получили общую и местную терапию. Во вторую группу вошли 26 пациентов, которым дополнительно к комплексному лечению была добавлена магнитно-лазерная терапия. Пациенты обеих групп имели среднюю и тяжелую тяжесть течения заболевания с типичной локализацией.

Пациентам обеих групп проводилось общее и местное лечение. Всем больным была назначена общая терапия с применением противовирусных препаратов, десенсибилизирующая терапия, общеукрепляющая терапия, анальгетирующие и жаропонижающие средства, иммунокорригирующая терапия и назначение диеты. При местном лечении пациентам обеих групп было назначено обезболивание слизистой оболочки полости рта 5% гелем лидокаина, антисептическую обработку слизистой оболочки проводить 0,01% раствором мирамистина. Для отторжения некротических пленок было назначено применение протеолитического фермента – трипсин. Также пациентам были назначены аппликации с противовирусной мазью виферон 3-4 раза в день. Во второй группе проводилось облучение магнитно-лазерным аппаратом АЛСТ-01 в течение 10 дней. В первые пять дней поврежденные участки слизистой оболочки облучались во время нанесения обезболивающего геля в первом режиме в течение 5 мин. В последующие пять дней магнитно-лазерное облучение проводилось во втором режиме в период нанесения мази виферон в течение 5 мин. Данный метод позволил нам в первые 5 дней снять воспаление и купировать боль в области

поражения. В последующие 5 дней облучение позволило противовирусной мази проникнуть на 7 мм в глубоко лежащие ткани слизистой оболочки, что дало нам лучшие результаты эпителизации.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время в современной медицине при лечении различных заболеваний часто применяют магнитно-лазерное облучение. Магнитно-лазерное излучение обладает весьма широким диапазоном лечебного действия. Принципом этой терапии является купирование воспалительного процесса и нарушений микроциркуляции, стимуляция эпителизации и быстрая последующая регенерация. В то время важной задачей при лечении герпетической инфекции в полости рта является снижение выраженности симптомов и их продолжительности, сокращение сроков эпителизации поражений и уменьшение частоты рецидивов заболевания.

По результатам исследования у пациентов первой группы, получивших стандартное лечение, заживление эрозий проходило от 14 до 20 дней. В данной группе из 23 лиц у 7 (30,4%) пациентов полное заживление эрозий наступило через 14 дней, у 5 (21,7%) пациентов - через 16-18 дней, а у остальных 4 (17,4%) - через 20 дней. В то время как пациенты второй группы, которые дополнительно получали магнитно-лазерную терапию, имели положительный результат в более короткие сроки, по сравнению с первой группой (8-14 дней). Из 26 пациентов второй группы 14 (53,8%) лиц имели полное заживление эрозий на 8-й – 10-й дни лечения, а у остальных 12 (46,2%) человек полная регенерация наступила на 10-14 день от начала лечения.

Заключение. Таким образом, пациенты обеих групп имели положительный результат после лечения. Однако пациенты, которым была применена магнитно-лазерная терапия, имели более короткие сроки эпителизации и реабилитации, что значительно улучшает качество их жизни.

Юсупова З.Х., Назарова М.З., Артыкова Н.К.

ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить гигиеническое состояние полости рта у лиц с брекет-системами.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 36 пациентов в возрасте от 15 до 20 лет, находящихся на ортодонтическом лечении, на базе кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ. Все пациенты имели брекет-системы. Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составляли 19 человек, которые для гигиенического ухода использовали специальные ортодонтические наборы по уходу за полостью рта. Вторая группа включала 17 пациентов, которые для соблюдения гигиены полости рта использовали простую зубную щетку. В обеих группах через 6 месяцев пациентам оценивали гигиеническое состояние полости рта при помощи индекса ортодонтического зубного налёта OPI (Orthodontic plaque index). Индекс включает в себя балловую систему от 0 до 4. Оценивается наличие зубного налёта на поверхностях зубов, прилегающих к основанию брекета. Для эффективности оценки наличия налёта использовали индикаторы Сигартох для окраски налёта. Таблетка разжёвывается пациентом, и налёт окрашивается в синий цвет.

Результаты и их обсуждение. Согласно данным ВОЗ, около 60% населения земного шара имеют ортодонтическую патологию. Ортодонтические аппараты способны нарушить привычный гигиенический статус, изменить соотношение компонентов микрофлоры ротовой полости, стать источниками аккумуляции зубных отложений и воспалительных процессов в тканях пародонта. В то же время изучение динамики индекса зубного налёта позволило И.М. Макеевой и Т.В. Геворкян (2013) сделать вывод, что брекет-системы затрудняют ежедневную гигиену полости рта, способствуют интенсивному скоплению зубного налёта, который является реша-

ющим фактором, вызывающим кариес и воспалительные заболевания пародонта. У лиц, находящихся на ортодонтическом лечении, распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний проявляются значительно больше, чем у лиц, не имеющих ортодонтических конструкций.

В группе из 19 человек, пользующихся специальным ортодонтическим набором для гигиенического ухода, 7 (36,8%) пациентов по индексу OPI имели 0 баллов, то есть не имели налёта на поверхности зубов. У 6 (31,6%) пациентов имелся налёт в области брекета только на одном зубе (1 балл по индексу OPI), у 5 (26,3%) лиц скопление налёта было на двух зубах у основания брекета (2 балла по индексу OPI) и у 1 (5,3%) пациента - на поверхности трех зубов (3 балла). В данной группе ни у одного пациента не выявлен налёт на 4-х и более зубах и дёснах. В то время как во второй группе, состоящей из 17 лиц, полное отсутствие налёта у основания брекета не выявлено ни у одного пациента (0 баллов). У 1 (5,9%) пациента имелся налёт в области 1-го зуба (1 балл), у 6 (35,3%) пациентов имелся налёт в области двух зубов (2 балла). У 6 (35,3%) обследуемых имелся налёт на поверхности 3-х зубов (3 балла) и у 4 (23,5%) пациентов имелся налёт на 4-х и более зубах, а также на дёснах (4 балла). Таким образом, группа пациентов, пользующихся специальным гигиеническим набором, состоящим из ершиков, зубных нитей, флоссов, ирригаторов, щетки для гигиены полости рта, оценивалась более удовлетворительно, чем пациенты второй группы, которые пользовались только зубной щеткой.

Заключение. Исследование показало, что пациенты с брекет-системами, которые для гигиенического ухода использовали специальные наборы, имели лучшие результаты оценки гигиеническим индексом, по сравнению со второй группой, использовавших стандартные методы гигиены.

Юсупова З.Х., Назарова М.З., Файзов К.С.

ОБТУРАЦИЯ ДЕНТИННЫХ ТРУБОЧЕК ФТОР-АПАТИТОМ ИЛИ ГИДРОКСИАПАТИТОМ ПОСЛЕ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИЯ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить влияние фтор-апатита или гидроксиапатита на снижение гиперчувствительности зубов после одонтопрепарирования (ОП).

Материал и методы исследования. В каждой серии опытов было выделено 2 группы по 3 пациента в каждой. В 1-й группе использовался удГАП, во 2-й группе – удФГАП. В каждой группе, следовательно, было взято в опыт 24 зуба. Для временной фиксации коронок использовали Temp Bond NE. В каждой подгруппе выделены три временных срока: А (1 нед), В (3 нед), С (6 нед) опыта. После препарирования удаляли аморфный слой 20% раствором Na₂ЭДТА в течение одной минуты и последующим смытием водой. Порошки ультрадисперсного фтор гидроксиапатита или ультрадисперсного гидроксиапатита применяли со связующим, в соотношении 1:1. Для изучения влияния удФГАП на краевую проницаемость дентина зубов у 4 пациентов препарировали полости в пределах дентина на первых молярах верхней и нижней челюстей, по 4 зуба у каждого пациента, всего – 16 зубов. Подготовленную полость обрабатывали в течение 1 мин 20% раствором Na₂ЭДТА с целью удаления аморфного слоя. УдФГАП или удГАП, замешанные на физиологическом растворе до пастообразной консистенции, наносили тонким слоем на дно и стенки полости и заполняли стеклоиономерным цементом.

Для исследования производили спилы коронок зубов для последующего изучения краевой проницаемости дентина в области пломб. Зубы помещали в 2% водный раствор метиленового синего длительностью на 1 ч, извлекали из красителя и с помощью сепарационного диска делали продольные и поперечные шлифы, которые изучали под световым микроскопом.

Результаты и их обсуждение. Морфофункциональные изменения в тканях зубов, возникающие в результате одонтопрепарирования, могут приводить к патологическим процессам в твердых тканях, пульпе и периодонте. Показано, что уменьшению количества осложнений при использовании несъем-

ных протезов способствует рациональное препарирование зубов, плотное прилегание коронки к поверхности зуба; применение защитных и лечебных средств, стимулирующих репаративные процессы в тканях зуба, и др. Проблема состоит в необходимости длительного контакта ионизированного фтора с твердыми тканями зубов.

Результат оценивали визуально по уровню проникновения красителя вдоль границы зуб – пломба. Общее количество частиц удГАП и удФГАП на поверхности препарированного дентина витальных зубов было значительно больше, чем при использовании депульпированных зубов. Направленность изменений заключается в obturировании значительной части ДТ с помощью удГАП, через 1 и 3 недели независимо от выбора материала для временной фиксации. Но через 6 недель во всех подгруппах количество obturированных дентинных трубочек уменьшалось, что можно объяснить тем, что значительная часть гранул гидроксиапатита механически извлекается с фиксирующим материалом при снятии временных коронок. При использовании ультрадисперсного фторгидроксиапатита нами было показано, что на всех сроках исследования количество данного материала сохранялось практически неизменным.

Таким образом, препарат ультрадисперсного фторгидроксиапатита является эффективным средством для заполнения устьев дентинных трубочек и закрытия поверхности препарированного дентина, что снижает риск проникновения в пульпу патогенных веществ и повышает резистентность твердых тканей зуба. Применение ультрадисперсного фторгидроксиапатита является более предпочтительным, чем применение ультрадисперсного гидроксиапатита, в связи с меньшей растворимостью фторсодержащего гидроксиапатита.

В результате проведенных исследований, основанных на результатах световой микроскопии, мы не выявили существенного различия по влиянию препаратов удФГАП

и удГАП на краевую проницаемость на промежутках времени до 3 нед.

Заключение. На более продолжительных сроках (свыше 3 нед) эксперимента применения удГАП проницаемость дентина заметно повышалась, в то время как при использовании удФГАП результат оставался стабильным. Длительность контакта ГАПа должно быть не менее 3 нед, а размеры кри-

сталлов - от 0,3 до 0,9 мкм, так как ширина дентинных трубочек составляет в среднем от 1 до 2 мкм. Этим требованиям удовлетворяет препарат удГАП. Следовательно, для защиты пульпы целесообразнее использовать на витальных зубах ультрадисперсный фторгидроксиапатит. Достаточным для достижения требуемого результата является срок от 3 недели.

Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУТАМОЛА И НЕБУФЛЮЗОНА В ЛЕЧЕНИИ НЕТЯЖЕЛЫХ И НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА И ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

ГУ Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оценить состояние детей с нетяжелыми и неосложненными формами острого риносинусита и ларинготрахеита до и после ингаляторной терапии.

Материал и методы исследования. В исследование включен 51 ребенок в возрасте от 1 года до 12 лет с диагнозом «аденоиды», подтвержденным на основании данных анамнеза, клинического осмотра, включающего рентгенологическое исследование, которые были распределены на 2 группы. Группа 1 (основная) – 24 (47,1%) пациента, 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 небутамол и небуфлюзон (ингаляция в течение 5-7 минут) в течение 7 дней. Группа 2 (контрольная) - 27 (52,9%) пациентов, которым после носового душа (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с последующим туалетом полости носа ежедневно применяли назальный спрей фузафунгин 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 небутамол и небуфлюзон, как метода лечения острого риносинусита и ларинготрахеита, отметили 16 (76,1%) пациентов основной группы, окончивших исследование. Ни у одного пациента основной группы не отмечалось каких-либо нежелательных побочных эффектов, связанных с применением комбинированного препарата небутамол и небуфлюзон.

Заключение. Ингаляционное применение препаратов небутамол и небуфлюзон в лечении нетяжелых и неосложненных форм острого риносинусита и ларинготрахеита у детей - эффективный, удобный и безопасный метод.